

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

DELVERT BERNARD MICHEL

Né le 3 Novembre 1935, à PARIS (12^e)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE :

Contribution à l'Étude des Réinterventions Précoces en Chirurgie Abdominale

Président de Thèse :

M. le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1968

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

DELVERT Bernard Michel

né le 3 Novembre 1935 à Paris 12ème

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES REINTERVENTIONS

PRECOCES EN CHIRURGIE ABDOMINALE

Président : Jean-Louis LORTAT-JACOB, Professeur



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARI (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LIVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARECHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MORBAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET
1er ASSESSEUR Daniel BARGETON
2° ASSESSEUR Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
--	HUARI (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
--	POLONOVSKI (J.)
--	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
--	DOGNON (A.)
--	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAHIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et embryologie	TUCHMANN-DUFLESSIS (H.)
--	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N..
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
--	KUSS (R.)
--	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMIT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MEKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
--	BRICAIRE (H.)
--	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).....	TURPIN (R.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P.)	
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N..
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).....	DEBRAY (Ch.)	
Clinique médicale Infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....	JUSTIN-BESANCON (L)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).....	DEROT (M.)	
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
	Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques Obstétricales	Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....	VARANGOT (J.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)	
-- -- (Cochin).....	BREGEAT (P.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul..	THIEFFRY (S.)	
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec).....	BROUET (G.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....	COSTE (F.)	
Clinique de rhumatologie (Lariboisière).....	SEZE (S. de)	
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	ROUX (M.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....	LEMAIRE (A.)	
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)	
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré).....	JUDET (R.)	
Clinique urologique (Cochin).....	ABOULKER (P.)	
-- -- (Necker).....	COUVELAIRE (R.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	LAPLANE (R.)	
Séméiologie médicale (A. Chantin).....	DOMART (A.)	
-- -- (Lariboisière).....	BOUVRAIN (Y.)	
-- -- (Pitié).....	RAMBERT (P.)	
-- -- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)	
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554033_0003

Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
--	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
--	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales.....	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N..
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N..

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARAVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
--	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
--	GOUGEROT (L.)
--	ROUCAYROL (J.-Cl.)
--	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)	
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologie (Broussais)	SOULIE (P.)	
-- -- (Boucicaut)	LENEGRE (J.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	--	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARI (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	Tenon	OLIVIER (Cl.)
	(Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
	-- -- -- -- (Foch)	PADOVANI (P.)
-- -- -- --	-- -- -- -- (Beaujon)	GAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)	
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)	
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)	
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGIER (J.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	

b) Professeurs à titre personnel :

Généralité	ANDRE (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSIER (J.)
Maladies infectieuses	DIARRION (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAT (E.)
	BOUR (R.)
	CAROLI (J.)
	DELYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERREULT (L.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHI (G.)
Neuro-chirurgie	LE BLU (J.)
Neurologie	LETHBRITTE P.
Neuro-psychiatrie	FICHOI (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURE (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Physiologie	KRIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	COUYGCU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	CONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COULSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GILRI (Fr.)
Stomatologie	CHAPUI (Mme A.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAULROY (P.)
	Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.)
	Pr. s. ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHANTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la	
Médecine	M. le Docteur LAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.)
	dr SCHILLER (J.)

A MA MERE et A MA FEMME

A MARIE FRANCE et SOPHIE

A Monsieur le Professeur

Jean Louis LORTAT-JACOB

qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur

Jean Claude RUDLER

Nous gardons de son enseignement
exceptionnel et de sa gentillesse un
merveilleux souvenir.

A Notre Maître

Monsieur le Professeur Pierre VIALLE

Nous avons pendant trois ans connu son extraordinaire exemple de chef, alliant à la rigueur, à la discipline et au courage des qualités de coeur qui représentent pour nous l'image que nous nous faisons d'un grand patron.

Que ce travail qu'il a inspiré lui soit un modeste témoignage de notre admiration et de notre fidèle reconnaissance.

A Monsieur le Professeur

Michel VANDOOREN

Nous avons été aussi attentif à son enseignement et à ses conseils que sensible à son humour et à sa bonne humeur.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

- Monsieur le Professeur A. GERMAIN
- Monsieur le Professeur P. RAMBERT
- Monsieur le Docteur LANVIN
- Monsieur le Professeur J. GRASSET

Internat

- Monsieur le Professeur P. VIALLE
- Monsieur le Professeur J.C. RUDLER
- Monsieur le Professeur J. CASTAING
- Monsieur le Professeur A. GOUAZE
- Monsieur le Professeur M. VANDOOREN

Aux Docteurs J. BILLARD et G. DOYEN qui ont bien
voulu nous confier leurs observations.

A mes amis de l'internat des hôpitaux de TOURS

Ph. BURDIN

C. JABOT

G. LISKA

J.C. ROLLAND

De 1956 à 1967 inclus, soit en l'espace de 11 ans, il a été pratiqué 11.293 interventions de chirurgie abdominale dans la clinique de notre maître le Docteur P. VIALLE.

- parmi les interventions abdominales nous n'avons retenu que celles ayant comporté une laparotomie, éliminant de ce fait :
 - . les interventions pariétales : éventrations, herniorraphies (sauf celles ayant nécessité une résection du grêle)
 - . les interventions menées par voie sous péritonéales : chirurgie urologique et chirurgie du sympathique.
- par réinterventions précoces nous n'avons considéré que les interventions faites dans les suites opératoires immédiates, ne débordant que rarement le cap du 15ème jour, assigné par DELANNOY dans sa définition. Enfin nous avons exclu de ce cadre des réinterventions, les actes de petite chirurgie ne comportant pas d'ouverture de la cavité abdominale.

Ces précisions étant apportées sur 11.293 interventions abdominales, 130 malades soit 1,1% ont été soumis à une ou plusieurs interventions précoces. 30 d'entre eux sont décédés soit 23%.

- la comparaison de nos chiffres avec ceux publiés dans les autres statistiques doit nous amener à faire quelques remarques préliminaires :
 - . le taux relativement bas des réinterventions de notre statistique est du en partie à la faible proportion d'opérations majeures portant sur l'estomac, le duodénum, le pancréas, les voies biliaires, le colon et le rectum qui sont celles

qui paient le plus lourd tribut quant au nombre des réinterventions et de la mortalité.

- . le mode de recrutement et l'unité de technique opératoire entrent également en ligne de compte dans l'appréciation de ces résultats, puisque ces 11.293 interventions ont été pratiquées par 4 opérateurs, sur des malades souvent en meilleur état physiologique que les malades hospitaliers.
- ces restrictions étant faites, en ne conservant que les interventions majeures, nos résultats s'intègrent parfaitement dans les autres statistiques :
 - . EDELMANN : réintervention : 5,8% - Décès : 36%
 - . POILLEUX : réintervention : 3,5% - Décès : 66%
 - . VIALLE : réintervention : 3,8% - Décès : 29%

Nos 130 complications abdominales se répartissent ainsi :

- EVISCERATIONS	18	: 5 décès
- HEMORRAGIES	19	: 5 décès
- ABCES SOUS PHRENIQUES	9	: 2 décès
- ABCES SOUS MESOCOLIQUES	27	: 2 décès
- OCCLUSIONS	28	: 7 décès
- PERITONITES	15	: 7 décès
- FISTULES DIGESTIVES	6	: 2 décès
- CALCULS RESTANTS après intervention sur		
cholédoque	5	: 0 décès
- DIVERS	3	: 0 décès

	NOMBRE D'INTERVENTION	REINTERVENTIONS		MORTALITE	
		NOMBRE	%	NOMBRE	%
APPENDICITES	6191	32	0,5	4	1,2
EXPLORATRICES	322	0	0	0	0
UTERUS ANNEXES	2803	22	0,7	2	9,4
FOIES BILIAIRES FOIE PANCREAS	1064	22	2	3	13,1
ESTOMAC DUODENUM BAS OESOPHAGE	459	15	3,2	2	13,3
COLON	235	20	8,5	10	50
RECTUM	69	10	14,4	3	30
GRELE	129	7	5,4	3	42,8
SPLENECTOMIE	21	2	9,5	2	100
TOTAL	11.293	130	1,1	30	23
INTERVENTIONS MAJEURES	1.979	76	3,8	24	31

TABLeAU N°1

CHAPITRE I

HEMORRAGIES POST OPERATOIRES

=====

FREQUENCE

Sur 11.293 interventions abdominales, appendicites comprises, nous sommes réintervenues 19 fois pour hémorragies internes, soit dans un pourcentage de 0,1% sur l'ensemble des interventions et de 14,6% en ce qui concerne les 130 réinterventions.

A titre comparatif, GERMAIN, sur 3.168 interventions, eut 82 réinterventions dont 13 pour hémorragie digestive soit 0,4% pour l'ensemble des interventions et 15,8% par rapport aux réinterventions.

ETIOLOGIE

I - EN FONCTION DE L'INTERVENTION PREMIERE

Cette analyse de nos 19 observations montre que par ordre d'importance décroissante :

- 10 hémorragies post opératoires ont succédé à une intervention sur l'utérus et les annexes :

- . hystérectomie totale 1
- . hystérectomie sub totale 6
- . salpingectomie 2
- . suture utérine 1

- 3 ont succédé à une intervention sur le colon :

- . hémicolectomie gauche pour cancer . . . 1
- . colectomie segmentaire pour cancer . . . 1
- . suture perforation diverticule 1

- 2 ont succédé à une intervention sur les voies biliaires :

- . cholécystectomie isolée 1
- . cholécystectomie + anastomose bilio digestive 1

- 2 ont succédé à une gastrectomie :

- . polya pour ulcère du duodénum perforé
dans le pancréas 1
- . finsterer pour gastrite hémorragique . . 1

- 1 est survenue après splénectomie 1

- 1 est survenue après infarctus mésentérique. 1

Soit plus de la moitié après intervention gynécologique.

II - EN FONCTION DES DECOUVERTES ANATOMIQUES ET BIOLOGIQUES

1°- 5 de nos observations correspondent à une hémopéritoine du à un défaut d'hémostase indiscutable ou à une blessure artérielle par le drainage.

a) 4 fautes d'hémostase :

- Observation n°4 : hystérectomie sub totale pour fibrome hémorragique, la réintervention retrouve deux artérioles saignant en jet.

- Observation n°9 : salpingectomie pour salpingite : lachage de ligature (pédicule lombo ovarien comme souvent).

- Observation n°12 : colectomie segmentaire : artériole du mésocolon saignant en jet.

- Observation n°16 : gastrectomie difficile pour ulcère duodénal perforé dans le pancréas, hémorragie provenant du décollement duodénal à la réintervention.

b) 1 ulcération artérielle par drainage métallique :
- observation: suture perforation diverticule sigmoïdien, déchirure du mésocolon par drain de Bacock métallique.

2°- Dans 7 de nos observations, le défaut d'hémostase n'est pas évident :

a) 4 hématomes évacuées par colpotomie, après hystérectomie

b) 2 hématomes après cholécystectomies

c) 1 hématome après salpingectomie et où l'on peut mettre en cause les mauvaises conditions anatomiques ou un phénomène de fibrinolyse locale.

3°- Troubles de la coagulation : 5

Dans 5 cas l'hémorragie relève d'un trouble de la coagulation.

a) fibrinolyse aigüe : 2

- observation n°10 : hémorragie profuse après suture d'une perforation utérine et plaie artérielle consécutive à une tentative d'avortement provoqué où le diagnostic de fibrinolyse est affirmé par les tests biologiques pratiqués lors de la réintervention.

b) traitement hépariné : 2

- observation 19 : hémopéritoine secondaire à un traitement hépariné massif, local et général pour infarctus du mésentère.

- observation 2 : hématome secondaire à une hystérectomie, mais le traitement hépariné institué pour une phlébite des membres inférieurs, semble avoir joué un rôle moins évident puisque d'insitution tardive (5ème jour).

c) décompensation sur le mode hémorragique d'une cirrhose éthylique avec effondrement du taux de prothrombine : obs. 13.

4°- Enfin dans deux cas, la cause de l'hémorragie reste difficile voire impossible à retrouver :

- observation 17 : gastrectomie selon FINSTERER, pour gastrite hémorragique grave, suivie d'hématémèse au 9ème jour.

- observation 18 : splénectomie pour ictère hémolytique, suivie d'hématémèse au 20ème jour, chez un malade traité au cortan-cyl depuis deux jours.

DATE DE SURVENUE

Elle correspond en règle à la variété d'hémorragie, ce qui nous permet d'opposer :

I - LES HÉMORRAGIES D'APPARITION IMMEDIATE ET PRECOCE en règle hémopéritoine ou hémorragies digestives.

1°- hémorragies survenant dans les heures qui suivent l'intervention :

5 hémopéritoinies correspondant :

- aux 2 fibrinolyse (obs. 3-10)
- à 2 lâchages de ligature, avec artères baignant en jet (Obs. 19)
- à un traitement hépariné à fortes doses en per opératoire (obs. 19)

2°- hémorragies survenant dans les 5 premiers jours qui suivent l'intervention :

- 1 hémorragie digestive (obs. 13)
- 2 hémopéritoinies (obs. 11 et 16)

II - LES HÉMORRAGIES D'APPARITION SECONDAIRE (5ème, 20ème jour correspondent en règle à un hématome.

1°- Nos 8 hématomes intra ou sous péritonéaux sont survenus dans ces délais.

2°- Parfois à une hémorragie digestive : 2 sur 3 de nos observations.

3°- Rarement à un lâchage d'hémostase tardif à l'origine d'une hémorragie digestive (obs. n°12)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hémorragie interne se pose différemment selon la rapidité avec laquelle s'effectue la spoliation sanguine.

I - LES HÉMATOMES DE CONSTITUTION LENTE ET D'APPARITION TARDIVE n'ont posé aucune difficulté d'ordre diagnostique :

== 7 fois sur 8, le diagnostic de collection a été porté sur l'association :

- d'une fièvre imposant la recherche et la découverte de signes locaux par l'examen de l'abdomen ou les touchers pelviens répétés.

- le diagnostic de collection sanguine étant suspecté sur la décoloration cutanée muqueuse, la déglobulisation et l'hyperleucocytose, est en fait affirmé par l'intervention.

== 1 fois sur 8 le diagnostic étant rendu encore plus évident par l'issue de sang par l'orifice de drainage encore perméable (obs. 15).

5 hémopéritoinies correspondant :

- aux 2 fibrinolyse (obs. 3-10)
- à 2 lâchages de ligature, avec artères baignant en jet (Obs.19)
- à un traitement hépariné à fortes doses en per opératoire (obs. 19)

2°- hémorragies survenant dans les 5 premiers jours qui suivent l'intervention :

- 1 hémorragie digestive (obs. 13)
- 2 hémopéritoinies (obs. 11 et 16)

II - LES HÉMORRAGIES D'APPARITION SECONDAIRE (5ème, 20ème jour correspondent en règle à un hématome.

1°- Nos 8 hématomes intra ou sous péritonéaux sont survenus dans ces délais.

2°- Parfois à une hémorragie digestive : 2 sur 3 de nos observations.

3°- Rarement à un lâchage d'hémostase tardif à l'origine d'une hémorragie digestive (obs.n°12)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hémorragie interne se pose différemment selon la rapidité avec laquelle s'effectue la spoliation sanguine.

I - LES HÉMATOMES DE CONSTITUTION LENTE ET D'APPARITION TARDIVE n'ont posé aucune difficulté d'ordre diagnostique :
== 7 fois sur 8, le diagnostic de collection a été porté sur l'association :

- d'une fièvre imposant la recherche et la découverte de signes locaux par l'examen de l'abdomen ou les touchers pelviens répétés.

- le diagnostic de collection sanguine étant suspecté sur la décoloration cutanée muqueuse, la déglobulisation et l'hyperleucocytose, est en fait affirmé par l'intervention.

== 1 fois sur 8 le diagnostic étant rendu encore plus évident par l'issue de sang par l'orifice de drainage encore perméable (obs. 15).

II - LES HÉMOPÉRITONNES DE CONSTITUTION RAPIDE posent plus de difficultés.

1°- non pas lorsque un collapsus brutal s'accompagne d'une extériorisation du sang par le drain, la plaie ou le vagin (après hystérectomie), encore que si le diagnostic d'hémorragie est évident, sa cause reste ignorée. Et même si le diagnostic d'hémorragie interne par défaut d'hémostase doit rester le souci majeur du chirurgien, il doit s'assurer rapidement qu'il ne s'agit pas d'un syndrome hémorragique, ce que montrent 3 de nos observations.

- observation 3 : 6 heures après hystérectomie sub totale, collapsus brutal avec extériorisation du sang par le vagin; la réintervention immédiate met en évidence un hémopéritoine par fibri-
nolyse aigüe.

- observation 10 : 1 heure après suture d'une perforation utérine, mêmes signes, entraînant un acte chirurgical immédiat pour le même diagnostic.

- observation 11 : 2 jours après suture d'une perforation de diverticule du sigmoïde, collapsus et hémorragie par le drain correspondant à une blessure du méso colon.

2°- mais lorsque le collapsus ne s'accompagne d'aucune extériorisation sanglante et surtout lorsqu'il survient tardivement :

- observation 4 : chute tensionnelle brutale 3 heures après une hystérectomie sub totale, correspondant à une hémorragie par défaut d'hémostase.

- observation 9 : syndrome de choc 2 heures après une salpingectomie du à un lachage de ligature.

- observation 19 : collapsus brutal, 24 heures après une intervention pour infarctus du mésentère, malade sous héparine. Seuls l'E.C.G. et le dosage de l'amylasémie faits en urgence pour éliminer l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire et la pancréatite hémorragique, permettront d'attribuer ce collapsus isolé à une hémorragie interne, et d'agir efficacement sur le saignement. Soulignons ici

l'énorme valeur d'un syndrome hémorragique succédant à une intervention à hémostase réglée.

3°- une seule fois le collapsus signe majeur (qu'il soit isolé ou associé à l'extériorisation) était absent et l'indication de la réintervention fut portée sur l'existence d'une douleur brutale.

4°- par contre 6 fois sur 7 existait une hyperleucocytose supérieure à 12.000.

III - LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES après chirurgie colique et surtout gastrique, posent des difficultés d'indication opératoire et de thérapeutique, étant donné que souvent aucune cause au saignement n'est retrouvée.

1°- 3 fois nous sommes réintervenus inutilement : obs. 13-17-18.

2°- mais une fois la réintervention a mis en évidence un lachage d'hémostase fistulisé pas l'anastomose (obs. 12)

TRAITEMENT

A/ LES HÉMATOMES : ils ne posent aucune difficulté.

I - LA VOIE D'ABORD est guidée par les signes locaux et l'intervention première. Aussi nous avons pratiqué :

1°- après intervention gynécologique :

- 2 colpotomies dans les obs. 2-6, où les touchers vaginaux avaient permis de localiser la collection hématique au niveau du Douglas.

- 1 dilatation du col (obs.5), où l'examen au spéculum avait montré une hémorragie de sang noir par l'orifice cervical après hystérectomie sub totale.

- 3 médianes sous ombilicales (obs.1-7-8) pour des signes locaux sus publiens.

2°- après cholécystectomie :

- 2 voies médianes sus ombilicales (obs. 14-15)

II - LA TACTIQUE OPERATOIRE est également simple; consistant en une évacuation des caillots, suivie de drainage.

B/ LES HEMORRAGIES PRECOCES : posent évidemment d'autres difficultés.

I - D'ORDRE DIAGNOSTIQUE :

1°- quand le choc post opératoire ne s'accompagne d'aucune extériorisation de l'hémorragie.

== il serait catastrophique de l'attribuer à une embolie pulmonaire ou à un infarctus du myocarde dont le traitement par les anticoagulants ne ferait qu'accentuer le saignement.

2°- quand le choc est associé à une extériorisation de l'hémorragie :

== a l'inverse, il semble néfaste de se précipiter pour pratiquer une intervention à visée hémostatique avant d'avoir éliminé un syndrome hémorragique et notamment, une fibrinolyse aigüe, ce qui peut être fait rapidement pendant la mise en route de la réanimation, grâce au temps de redissolution du caillot, le test de Von Kaulla venant confirmer ultérieurement.

== en fait, la crainte d'une hémorragie par défaut d'hémostase et l'utilité d'une toilette péritonéale inciteront le plus souvent le chirurgien à réintervenir, mais en de meilleures conditions.
Le traitement spécifique : sang frais

- . fibrinogène IV
- . inhibiteur de KUNITZ
- . acide amino caproïque,

ayant le plus souvent déjà arrêté l'hémorragie.

II - DE REANIMATION :

- Elle doit être entreprise immédiatement sous forme de transfusion de sang isogroupe.

- Elle doit être rapide au début (intérêt du JOUVELET) et seulement ralentie lorsque le maxima tensionnelle atteint 9 ou 10 permettant alors le geste chirurgical.

III - DE TACTIQUE OPERATOIRE : après anesthésie prudente et voie d'abord large, malade à plat.

1°- hémopéritoine :

a) évacuer rapidement le sang à l'aspirateur et rechercher l'origine du saignement.

- dans 4 de nos 7 hémopéritoinies, la cause de l'hémorragie fut retrouvée :

. 3 fois, il s'agissait d'une artère saignant en jet, ayant nécessité un geste hémostatique facile.

. 1 fois, il s'agissait d'un décollement hémorragique ayant nécessité un mèche.

- dans les 3 autres cas, il s'agissait d'un saignement diffus correspondant :

. pour 2, à une fibrinolyse

. pour 1, à une hémorragie sous traitement hépariné.

b) pratiquer une toilette péritonéale minutieuse, notamment au niveau des coupes et du pelvis connaissant la fréquence des abcès sous phrénique et des abcès du Douglas après hémorragies post opératoires.

2°- l'hémorragie digestive pose les difficultés les plus grandes, notamment après gastrectomie; d'autant que même après vérification de l'hémostase de la sous muqueuse, la cause reste très souvent inexpliquée.

RESULTATS

Il convient d'opposer :

I - LA BENIGNITE DES HEMATOMES : 8

Puisque l'on note 8 guérisons sur 8 cas.

II - LA GRAVITE :

1°- des hémopéritoïnes : 7

- 4 guérisons par un geste d'hémostase simple

- 3 décès :

. obs. 3 : choc transfusionnel, suivi de tubulonéphrite après fibrinolyse.

. obs. 10 : troubles neurovégétatifs avec signes de localisation secondaires à une hémorragie très importante par fibrinolyse aigüe.

. obs. 11 : abcès profond, puis péritonite secondaire.

2°- des hémorragies digestives 4

- 2 guérisons

- 2 décès :

. syndrome hémorragique d'une cirrhose (obs.13)

. cause non retrouvée (obs.18)

CONCLUSIONS

- Dans notre statistique, le chirurgien est, une fois sur trois responsable du saignement secondaire par une mauvaise hémostase initiale.

- Le diagnostic, très souvent difficile, doit accorder toute sa valeur au signe majeur qu'est le collapsus post opératoire, en sachant qu'il vaut mieux pécher par excès que par défaut (3 réinterventions blanches).

- L'extériorisation du saignement ne doit pas faire ignorer la possibilité d'une fibrinolyse aigüe que la réanimation toujours nécessaire, doit permettre de diagnostiquer et de traiter avant la ré-intervention.

- La gravité globale des hémorragies post opératoires : 26% de décès est à mettre sur le compte des hémopéritoïnes et surtout des hémorragies digestives après chirurgie gastrique.

OBSERVATIONS des HEMORRAGIES

=====

OBSERVATION n°1 :

Mme Ber... Madeleine 30 ans

Opérée le 11 Juillet 1960 pour fibrome : col douteux

C.R.O (Dr V.)

- hystérectomie totale avec castration bilatérale et appendicectomie.
- un drain vaginal

Suites :

- fièvre augmentant progressivement jusqu'au 7ème jour : 39°, où elle devient oscillante.

Réintervention au 8ème jour, le 19 juillet 1960 pour hématome du pelvis.

- évacuation par voie médiane d'une grosse collection hématique.
- 1 gros drain et une aspiration continue

Suites :

Guérison

OBSERVATION n°2 :

Mme RAS... Yvette 33 ans

Opérée le 12 Juin 1958 pour annexite trainante, malgré traitement médical

C.R.C. (Dr B.)

- hystérectomie sub totale et appendicectomie

Suites

- au 6ème jour, phlébite du membre inférieur gauche, héparine : 300 mg et tromexane, 1 comprimé.
- fièvre malgré les A.B. et anticoagulants et au 13ème jour collection du Douglas au T.V.

Réintervention au 16ème jour, le 28 juin 1959,

- évacuation d'un hématome par colpotomie

Suites

guérison, quitte la clinique au 25ème jour.

OBSERVATION n°3 :

Mme GIR... Madeleine 31 ans

Opérée le 12 février 1964 pour fibrome utérin

C.R.O. (Dr B.)

- hystérectomie sub totale avec castration bilatérale, péritonisation aux points séparés.

Suites

- 0 + 4 heures
- chute tensionnelle avec hémorragie importante exteriorisée par le vagin
- 0 + 6 heures
malgré le tamponnement vaginal et les transfusions, la tension continue à chuter.

Réintervention immédiate pour hémorragie interne.

- désunion de la cicatrice
- hémopéritoine abondant, avec sang bombant sous la péritonisation
- il s'agit d'une hémorragie en nappe sans point de saignement précis, sans caillot, ce qui fait immédiatement penser à une fibrinolyse.
- INIPROL IV 3.000.000 unités : le saignement s'arrête 1/4 d'heure après l'injection
- on referme après mise en place d'un drain dans le Douglas et de 2 mèches au niveau des surfaces cruentées

Suites :

- dès la fin de la réintervention apparition :
d'une chute tensionnelle avec frissons
urticaire géant
- 0 + 4 H; régression rapide et remontée tensionnelle, après soludéca-
dron et novocaïne IV
- 0 + 24 heures : apparition de signes rénaux :
oligurie
hyperkaliémie à 6 m Eg
légère azotémie
motivant un transfert immédiat dans le service du Pr HAMBURGER où la
malade décède, 48 h plus tard.

OBSERVATION n°4 :

Mme NOU.... Hélène 43 ans

opérée le 9 novembre 1960 pour fibrome hémorragique

C.R.C (Dr B.)

- gros fibrome inclus dans le ligament large
- hystérectomie sub totale avec ablation des annexes
- hémostase rigoureuse en raison de la tendance hémorragique

Suites :

3 heures plus tard, chute tensionnelle brutale, signes de choc,

Réintervention pour hémorragie interne 4 heures après la première intervention :

- importante hémorragie sous-péritonéale, deux artérioles saignent en jet
- évacuation, hémostase
- 1 lame

Suites : normales - guérison - quitte la clinique au 21ème jour

OBSERVATIONS n°5 :

Mme HUB.... Marie 47 ans

Opérée le 13 avril 1962, pour fibrome

C.R.O (Dr V.)

- hystérectomie sub totale, avec castration bilatérale, appendicectomie
- fermeture sans drainage

Suites :

- au 10ème jour, fièvre oscillante, déglabulisation, masse perçue au T.V., écoulement de sang noirâtre par le vagin.

Réintervention :

- au 14ème jour pour hématome sous-péritonéal
- dilatation du col permettant l'évacuation de caillots en abondance, 1 drain cervical, 2 mèches vaginales

Suites simples :

Guérison

OBSERVATION n°6 :

Mme VIE... Thérèse 51 ans

Opérée le 30 octobre 1961 pour volumineux kyste de l'ovaire droit.

C.R.O (Dr V.)

- hystérectomie sub totale après ponction partielle du kyste pour faciliter l'extériorisation
- appendicectomie, fermeture sans drainage.

Suites

Organisation progressive d'une masse latéro-utérine droite expliquant un fébricule persistant.

1ère réintervention : au 23 ème jour, le 25 novembre 1961 :

- par colpotomie latérale droite, évacuation d'un hématome important
- un drain, une mèche.

Suites :

- fièvre persistance, masse latéro-utérine à nouveau perçue.

2ème réintervention :

- par colpotomie latérale droite, évacuation d'une importante collection séro-hématique
- un drain, une mèche vaginale

Suites :

- un apyréxie au 21ème jour
- ablation tardive du drainage, drain au 7ème jour
- guérison

OBSERVATION n°7 :

Mme BRI.... Jacqueline 23 ans,

Opérée le 18 août 1957 pour salpingite bilatérale trainante.

C.R.C (Dr V.)

- pyosalpinx bilatéral de la taille d'une orange
- hystérectomie sub totale malgré le jeune âge de la malade
- fermeture sans drainage

Suites :

- normales jusqu'au 11ème jour, après reprise du transit
- 15ème jour : fièvre à 38°5, douleur sus pubienne, déglobulisation à 2.800.000

Réintervention pour hématome intra-péritonéal le 24 août 1957 au 16ème jour :

- volumineux hématome non purulent collecté dans le Douglas, évacué par voie sus pubienne
- drain dans le Douglas, plus aspiration continue.

Suites normales :

Guérison

OBSERVATION n°8 :

Mme GAR... Henriette 26 ans,

Opérée le 27 Septembre 1962, pour pyosalpinx gauche évoluant sur le mode occlusif.

C.R.C. (Dr V.)

- clivage difficile d'une trompe énorme adhérente au sigmoïde, laissant une zone cruentée,
- on hésite à drainer malgré la crainte d'un suintement ultérieur.

Suites :

- reprise du transit au 4ème jour, mais anémie à 2.850.000 à la numération de contrôle
- le 8ème jour : douleur et léger empatement abdominal, la fièvre à 39° mais rien au toucher.

Réintervention au 9ème jour, le 6 octobre 1962 pour collection hématique du pelvis par voie abdominale

- évacuation des caillots, 2 drains, une mèche

Suites :

- déforvrescence : progressive, ablation de la mèche le 5ème jour, du drain le 9ème
- guérison, quitte la clinique le 37ème jour.

OBSERVATION n°9 :

Mme TAR.... Mir. 25 ans,

Opérée le 7 mars 1968, pour salpingite

C.R.C. (Dr V.)

salpingectomie droite et appendicectomie (appendice inflammatoire).

Réintervention : 2 heures plus tard pour syndrome hémorragique grave : lachâge de ligature.

- important hémopéritoine.
- reprise d'une ligature au niveau de la salpingectomie.

Suites simples :

Quitte la clinique au 13ème jour.

OBSERVATION n°10 :

Mme GUI... Thérèse 38 ans,

Opérée en urgence le 11 septembre 1960, pour perforation utérine survenue lors d'un curetage : grossesse de 5 mois, épiploon à la vulve, état de choc.

C.R.O.: perforation de 5 cm du fond utérin ; suture en 2 plans

- plaie du mésosigmoïde, hélostase suture.

Suites :

4 heures plus tard, hémorragie profuse pariétale et vaginale, pouls et T.A. imprenables :

Réintervention dans l'heure, sous couvert de transfusion intensive : 8 flacons en 3 heures.

- l'hémorragie pariétale cesse et la T.A. remonte après injection I.V. de fibrinogène.
- les examens biologiques confirmant la fibrinolyse aigüe

Suites :

- le 1er jour, l'hémorragie est jugulée, mais l'examen révèle l'apparition de troubles neurologiques : confusion mentale, diminution de la force

musculaire du membre inférieur droit avec Babinski droit.
- le 2ème jour : oligurie avec albuminurie et cylindrurie.
- le 5ème jour : l'artériographie cérébrale gauche, révèle une volumineuse zone avasculaire fronto-polaire gauche.
Décès au 16ème jour, après une poussée fébrile à 41°3.

CONSERVATION n°11 :

Mr DLS... Georges 59 ans,

Opéré le 25 mars 1967, pour péritonite par perforation diverticule sigmoïdien.

C.R.C (Dr V.)

- péritonite généralisée, perforation d'un diverticule sigmoïdien, de la taille d'une pièce de 50 cm.
- suture en deux plans de la perforation, toilette péritonéale, drain Babcock métallique plus aspiration, suture protégée par une lame de Pauchet.

Suites :

- 48 heures plus tard, hémorragie profuse par le drain métallique et chute tensionnelle

Réintervention :

- déchirure du mésocolon, ligature, hémostase.
- deux lames, deux mèches.

Suites :

- ablation progressive des mèches et des drains.
- fièvre malgré les A.B., pas de collection perceptible au toucher, mais signes locaux iliaques gauches.

Réintervention : au 15ème jour, pour abcès profond par voie iliaque,

- évacuation d'un gros abcès
- deux drains dans le Douglas

Suites fébriles

Décès 15 jours plus tard.

OBSERVATION n°12 :

Mme ANT... Jeanne 33 ans

Opérée le 1er décembre 1962, pour cancer du sigmoïde

C.R.C. (Dr B.)

- colectomie segmentaire, anastomose termino-terminale en un plan points séparés.

- fermeture de la brèche mésocolique
- A.B. LOCAUX. 1 LAME

Suites :

- au 5ème jour, 1ère poussée fébrile, réagissant bien à l'antibiothérapie, selles.
- au 12ème jour, hémorragie par voie basse entraînant un état de choc et nécessitant une transfusion de 7 flacons de sang.

Réintervention : au 13ème jour, le 13 décembre 1962, pour syndrome hémorragique

- on retrouve une artériole du mésentère saignant en jet avec un pertuis par l'intermédiaire duquel le sang passe dans la lumière intestinale, au niveau de l'anastomose.
- hémostase, reprise de la suture antérieure, lame de Pauchet in-situ

Suites :

- au 2ème jour : gaz, pas d'hémorragie
- au 7ème jour : petite fistule colique avec hyperthermie à 39°
- guérison, quitte la clinique, 25 jours après la 2ème intervention.

OBSERVATION n°13 :

Mm DI MAR.....Dominique 52 ans

Opéré le 29 novembre 1966, pour cancer de l'angle colique gauche (Éthyl-lique connu, test de flocculation positif à 3 +; taux de prothrombine : 100%)

C.R.C (DrB.)

- hypertrophie hépatique avec surface cloutée, splénomégalie
- tumeur de l'angle gauche haut située
- libération de l'angle gauche et de la tumeur très difficile et très hémorragique
- hémicolectomie gauche avec anastomose termino-terminale en un plan, péritonisation difficile,
- drain latéral gauche.

Suites :

- trois mélaena successifs avec tendance hémorragique, taux de prothrombine à 35%, malgré surcharge en vitamine K
- au 7ème jour, précoma hépatique, mais douleur abdominale, fièvre à 40°.

Réintervention : au 7ème jour, le 6 décembre 1966 pour suspicion d'hémorragie interne,

- pas de sang dans le péritoine, mais ascite importante
- petit abcès en regard de l'anastomose qui a "tenu"
- démontage, anus en canon de fusil

Suites :

- Décès 6 heures plus tard, dans un tableau de collapsus, malgré la réanimation.

OBSERVATION n°14 :

Mr VEN... Tarcisio 37 ans

Opéré le 25 novembre 1960, pour lithiasse vésiculaire

C.R.C. (Dr V)

- vésicule scléro-atrophique incluse dans le foie.
- cholécystectomie hémorragique, R.M.B. normale.
- 1 drain sous-hépatique.

Suites :

- fièvre persistante à 38° malgré les A.B.
- au 16ème jour, fièvre à 39°, douleur, empatement de la région sous-costale droite.

Réintervention au 18ème jour, le 13 décembre 1960

- par incision médiane, évacuation d'une collection hématique non purulente.
- un drain, une mèche.

Suites simples :

Guérison

OBSERVATION n°15 :

Mr PIT... René 50 ans

Opéré le 25 octobre 1965, pour lithiasse du cholédoque (empierrement)

C.R.O. (Dr V)

- cholécystectomie rendue difficile par la tendance extrêmement hémorragique du foie
- ablation des nombreux calculs intra-cholédociens par choladocotomie
- anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale en un plan,
- drain sous-hépatique.

Suites :

- simples jusqu'au 13ème jour après reprise normale du transit, défervescence en quelques jours et déjàunissement du malade
- le 14ème jour : issue de sang par le trajet du drain, fièvre à 39°, anémie de la numération.

Réintervention le 12 novembre 1965 pour hémorragie secondaire tardive.

- volumineuse poche sous-hépatique pleine de caillots.
- évacuation, mise en place de deux gros drains sous-hépatiques.

Suites simples :

- apyrexie rapide, ablation du premier drain au 14ème jour, du second au 20ème jour, que l'on remplace par une mèche.
- guérison.

OBSERVATION n°16 :

Mr DEL...Marcel 58 ans,

Opéré le 24 septembre 1962, pour ulcère du duodénum.

C.R.C. (DrB.)

ulcère du genou supérior, face postérieure en partie perforé dans le pancréas.

- après section première du duodénum fermé en deux plans.
- gastrectomie très difficile, laissant l'ulcère en place, anastomose type Polya transmésocolique.
- vérification de l'hémostase, pas de drainage

Suites

- défervescence très lente.
- guérison
- quitte la clinique au 60ème jour

OBSERVATION n°17 :

COLONEL ROU... Maurice 71 ans

Opéré le 14 novembre 1958, pour gastrite hémorragique grave (N.G.=.: 1.650.000)

C.R.C. (Dr V)

- Dg opératoire d'ulcère du pylore (petite ulcération)
- gastrectomie sub totale selon "Finsterer", fermeture du moignon duodénal difficile, pas de suspension de l'anse.
- fermeture sans drainage.

Suites :

tout-à-fait normales jusqu'au 7ème jour,

le 8ème jour : vomissements.

le 9ème jour : hématomose importante non expliquée par des troubles de la coagulation.

Réintervention le 25 novembre 1958 au 11ème jour :

- bouche anastomotique très oedématisée, moignon d'aspect normal; pas d'étranglement de la bouche, aucun obstacle sur l'anse efferente.
- mise en place d'une sonde dans le jéjunum allant 25 cm en aval de la bouche, on laisse la sonde d'aspiration.

Suites très difficiles :

- oligurie avec azotémie à 1 g 60 et hypoprotéïnémie,
 - fièvre à 38°5, vomissements, malgré la sonde, mais pas d'hématomose pendant les 10 premiers jours.
- Puis nette amélioration, grâce à la réanimation par sonde et les transfusions.
- Guérison, quitte la clinique au 73ème jour.

OBSERVATION n°18 :

Mr BRU... Gustave 77 ans

Opéré le 22 mai 1963, pour ictère hémolytique grave :

G.R. : anémie à 2.690.000

G.B. : leucopénie à 4.700

C.R.C. (Dr B)

splénectomie par voie oblique gauche :

- libération de la rate (1260 Gr), extraordinairement laborieuse du fait de l'importance de la périsplénite obligeant à passer en sous capsulaire sous la coupole gauche au prix d'une importante hémorragie.
- hémostase difficile des zones de décollement
- drainage latéral.

Suites :

- reprise lente et difficile du transit avec météorisme progressif, fièvre en plateau à 38°, malgré les antibiotiques.
- le 18ème jour, devant l'effondrement progressif de l'E.G. et la persistance de la fièvre : on décide de mettre le malade au cortancyl (15mg)
- défervescence immédiate, puis le 20ème jour, fièvre à 39° sans cause décelable, hémorragie digestive.

Réintervention le 19 juin 1963, le 28ème jour, pour suspicion de collection intra-péritonéale :

- aucune collection sanglante retrouvée
- nouveau drainage

Décès 6 jours plus tard, soit 34 jours après la 1ère intervention d'une hémorragie intestinale cataclysmique inexpliquée (pyléphlébite ?...)

OBSERVATION n°19 :

Mme CAI ... Antoinette 60 ans,

Opérée le 22 février 1966, pour infarctus mésentérique.

C.R.O. (Dr V.)

Infarctus mésentérique de 20 cm de long.

- novocaïnisation de la base du mésentère et héparinisation immédiate (400 mg)
- fermeture sans drainage.

Réintervention 24 heures plus tard pour :

- douleurs atroces, choc.
- hémopéritoine pur consécutif au traitement hépariné, la zone d'infarctus reste blautée mais viable.
- devant le risque de poursuite du traitement anticoagulant, on pratique une résection de l'anse infarctée suivie d'anastomose termino-terminale.

Guérison au prix d'une éviscération.

CHAPITRE II

EVISCERATIONS

=====

FREQUENCE

Notre statistique fait état de 18 éviscérations post opératoires, ce qui représente 13,8% des complications ayant nécessité une réintervention précoce, mais 0,3% des laparotomies, si l'on exclu les appendicectomies.

CIRCONSTANCES D'APPARITION

I - LES FACTEURS GENERAUX CLASSIQUES : se retrouvent dans la majorité de nos observations isolés ou associés.

1°- l'âge : 9 de nos opérés ont plus de 60 ans, 4 plus de 70 ans, un a 85 ans. Seuls quatre (obs.4-6-17-18) sont des jeunes pour lesquels la notion d'âge ne peut être retenue.

2°- le terrain cancéreux : 8 sont des cancéreux, dont 3 particulièrement dénutris : cancer de l'oesophage (obs. 1 --3).

3°- l'hypoprotidémie : dosée chez tous nos éviscérés doit être remarquée dans les 12 observations avec deux taux inférieurs à 60 gr pour mille (obs.5-15)

II - LES FACTEURS LOCAUX :

1°- essentiellement l'infection, sur laquelle ont insisté un certain nombre d'auteurs (SICARD-HEPP-VILAIN-GERMAIN). Son rôle transparait lorsque l'on remarque que 8 sur 18 des interventions ayant nécessité une réintervention pour éviscération, sont des interventions septiques.

- 3 pyocholécystes (obs. 9-10-14)
- 1 péritonite appendiculaire (obs. 4)
- 1 abcès péri sigmoïdien (obs.6)
- 1 maputation abdomino périnéale avec colostomie terminale gauche (obs.8)
- 1 hernie ombilicale étranglée avec sphacèle de l'anse (obs.5)
- 1 colostomie gauche pour cancer du colon en occlusion (obs.7)

2°- le météorisme : mettant en tension les plans musculo aponévrotiques peut être retenu dans 8 cas, dont une fois par la faute de l'opérateur (obs.6).

3°- l'adiposité pariétale souvent associée à des plans musculaires peu trophiques est retrouvée dans 5 observations.

4°- enfin les efforts de taux semblent avoir eu un rôle néfaste dans deux cas (obs. 11 et 18).

III - LA VOIE D'ABORD:

Semble avoir par contre un rôle plus discutable dans la survenue des éviscérations, bien qu'il soit admis que les voies médianes exposent plus aux éviscérations, nous pouvons relever :

- 4 éviscérations sur para medianes (obs.9-11-12-14)
- 1 sous costale (obs.2)
- 1 débridement oblique du type TURNBULL BARRAYA (obs.16)
- 1 voie latérale gauche (obs.17)

Beaucoup plus important est le mode de fermeture. CHAMPEAU ne signale qu'une éviscération sur 1000 interventions de chirurgie digestive majeure refermées en un plan.

IV - LE DRAINAGE : ne peut être retenu dans notre série puisque toujours extériorisé par une contre incision.

V - LES COMPLICATIONS ABDOMINALES ASSOCIEES : nous semblent fréquentes puisque sur les huit cas cité plus haut, où existait un météorisme important, on peut noter 2 occlusions mécaniques vraies avec incarcerated d'anse dans l'orifice d'éventration (obs.17-18).

DATE DE SURVENUE

Elle se situe avec un maximum de fréquence entre le 4ème et le 12ème jour avec des limites extrêmes de 5 et 12 jours.

DIAGNOSTIC

1° - l'issue abondante de liquide séro hématique, signe pathognomonique pour GERMAIN, nous a permis, associée à la palpation des bords musculaires déhiscent, de faire le diagnostic de rupture péritonéo sponévrotique dans 4 cas (obs.3-4-13-14).

2° - l'issue d'anses grêles ou d'épiploon à travers la paroi est survenue dans les quatorze autres cas.

3° - une autre complication : occlusion a été à l'origine de la découverte de 2 éviscérations (obs.17-18)

TRAITEMENT

I - L'INDICATION

L'indication à la réintervention n'a souffert aucune exception, ni aucun retard même dans les cas vus au stade d'éviscération sous cutanée traduite par un épanchement séro sanglant.

Cette attitude nous semble trop rigide et il convient de réintervenir pour les éviscérations vraies, en réservant aux éviscérations sous cutanées le bandage abdominal serré que pronent RENE, POILLEUX, CALVET et THOMERET, tout en sachant que ce mode de traitement est plus efficace chez l'enfant que chez l'adulte (VIALLE).

II - TECHNIQUE OPERATOIRE

La réparation, si elle a toujours comporté une reprise totale de la cicatrice, un temps de parage et d'excision des tissus nécrosés, n'a été univoque :

- et dans le matériel utilisé mais toujours de gros calibres :

- . nylon dans 6 cas
- . orins dans 10 cas

- et dans le nombre de plans :

- . 1 plan total
- . 1 plan circulaire aponévrotique
- . 2 plans,

mais toujours associés à des points totaux.

Cet électionisme dans la réparation n'est en fait qu'apparent puisque, quelque soit le matériel utilisé ou le nombre de plans effectués, nous avons toujours utilisé des fils de gros calibre (orin en milieu infecté) et pratiqué une série de points totaux modérément serrés parfois appuyés sur des bourdonnets et toujours relevés au delà du 15ème jour.

Nous n'avons jamais employé d'artifices permettant la fermeture devant une tension trop grande des bords.

- auto étalament des muscles grands droits après incision de leur gaine antérieure : procédé de WEILTE.

- inclusion de peau conservée au dialit comme le préconise VILAIN.

Par contre, nous faisons nôtre l'attitude de VILAIN condamnant le lever précoce "trop souvent réduit à une parole traumatisante" et le remplaçons volontiers par le drainage réclive des membres inférieurs associé à une mobilisation efficace au lit.

RESULTATS

I - NOUS AVONS 13 CAS DE GUERISON :

- 11 ayant cicatrisé par première intention
- 1 ayant nécessité une réintervention pour récidive

13 jours plus tard (obs.16)

- 1 ayant nécessité une nouvelle intervention 3 mois plus tard pour éviscération (obs.4)

II - NOUS AVONS 5 DECES (27%)

- un seul semble imputable à l'éviscération puisqu'ayant nécessité 3 réinterventions successives et inefficaces (obs.6)

- les 4 autres étant à mettre sur le compte d'une complication surajoutée :

- . abcès du poumon (obs7-8)
- . insuffisance cardiaque (obs.9)

CONCLUSIONS PRATIQUES

Nous tirons un certain nombre d'enseignements de cette étude.

1°- quant à la prévention :

- correction au plus près des hypoprotidémies par une réanimation pré et post opératoire appropriée
- désinfection cutanée et musculo aponévrotique soigneuse
- fermeture en un plan (peau comprise), chaque fois que l'on craindra une éviscération, c'est à dire :
 - . chez les vieux, les dénutris, les cancéreux, les insuffisants respiratoires, les touseurs chroniques et les malades gras.
 - . dans les interventions très septiques et itératives.

2°- quant à la cure :

- parage, excision des tissus nécrosés
- suture en un plan avec des points totaux, modérément serrés, en se méfiant de la nécrose cutanée. Nous employons pour pallier est inconvenient l'artifice suivant : nous nouons un point sur deux, l'autre étant laissé libre. Au 10ème jour, nous serrons les points laissés libres, enlevant les précédents avant qu'il ne nécrosent les tissus cutanés.

OBSERVATIONS des EVISCERATIONS

=====

OBSERVATION n°1 :

Mr DUP... Georges 62 ans,

Opéré le 29 août 1962 pour cancer de l'oesophage du 1/3 moyen

C.R.O. (Dr D.)

médiane sus-ombilicale

mise en place d'un tube de MOUSSEAU

fermeture en deux plans : trinyl aponévrose, agrafes peau

Suites :

éviscération au 14ème jour : Protidémie 72g 0/00

Réintervention au 14ème jour, le 7 septembre 1966

excision des tissus nécrosés

fermeture en un plan total au trinyl n°2

Suites : guérison

OBSERVATION n°2 :

Mr COI... Fernand 61 ans

Opéré le 14 août 1963 pour cancer du 1/3 inférieur de l'oesophage très sténosant

C.R.O. (Dr B.)

par voie oblique gauche (exploratrice) intubation par tube de KROPFF

Suites :

après suites normales, éviscération au 12ème jour.

Réintervention le 26 août 1963 : protidémie : 64, 5 g 0/00

paroi en 2 plans aux crins dont un total, noué sur bourdonnets.

Guérison

OBSERVATION n°3 :

Mr CHE... Alphonse 63 ans

opéré le 29 juillet 1966 pour cancer du 1/3 inférieur de l'oesophage.

C.R.O. (Dr V)

par médiane sus-ombilicale, intubation tube de KROPFF)

mise en place d'un tube n°12 coupé au ras du cardia.

Suites :

malgré la réanimation à base de sang et de protides.
début d'éviscération au 6ème jour.

Réintervention au 11ème jour, le 9 août 1966 pour éviscération
Protidémie : 64 gr 5 0/00
reprise en totalité de la cicatrice, fermeture en un plan total au nylon
noué sur deux bourdonnets latéraux.

Suites normales :

guérison de la complication au 30ème jour.

OBSERVATION n°4 :

Mr BAR... Bernard 19 ans,

opéré le 16 janvier 1966, pour péritonite par perforation appendicu-
laire au stade occlusif.

C.R.C. (Dr B.)

ectomie difficile par voie médiane d'un appendice pelvien sphacélé et
perforé, pas d'enfouissement, toilette péritonéale, A.B. in-situ; drai-
nage par contre-incision iliaque droite.

Suites :

- météorisme progressif
- reprise douteuse du transit, écoulement séreux abondant dans le panse-
ment au 4ème jour.

Réintervention le 21/1/66, pour éviscération débutante, au
5ème jour post-opératoire : protidémie : 64 gr 0/00

- entérotomie permettant la vidange du grêle monstrueusement distendu.
- paroi en 2 plans avec une série de points totaux au trinyl.

Suites difficiles :

- reprise du transit le 5ème jour, mais vomissement contraignant à main-
tenir l'aspiration jusqu'au 10ème jour
- guérison au prix d'une nouvelle réintervention trois mois plus tard,
pour éviscération.

OBSERVATION n°5 :

Mme ARC... Mathilde 76 ans

opérée le 23 septembre 1960 pour hernie ombilicale étranglée datant de
48 heures.

C.R.C. (Dr B.)

anse grêle noire, en voie de sphacèle
résection, anastomose en 2 plans.

Suites :

- au 3ème jour : anurie complète avec urémie à 2 gr 50, cédant sous réanimation
- au 12ème jour : éviscération. Protidémie = 45 0/00

Réintervention au 12 ème jour, le 4 octobre 1960 :

- réintégration des anses
- paroi : 1 plan aponévrotique, 1 plan total dous deux au crin,
1 drain dans la paroi

Suites :

- nouvelle phase anurique au 2ème jour qui regresse
- petite fistule du grêle au 17ème jour qui se tarit spontanément.
- Guérison.

OBSERVATION n°6 :

Mr FIN... Louis 44 ans,

opéré en urgence, le 25 octobre 1963 péritonite généralisée secondaire à la rupture d'un abcès péricolique d'un cancer du sigmoïde.

C.R.O. (Dr V.)

- toilette péritonéale, A.B. localement, lame de Pauchet et drain aspiratif.
- on ne pratique pas à tort de colostomie d'amont, devant le très mauvais état général.

1ère réintervention au 12ème jour, le 6 novembre 1963 pour éviscération avec météorisme, fermeture en un plan aux points en huit trépan n°3.

2ème réintervention au 20ème jour, le 14 novembre 1963 pour éviscération nouvelle avec météorisme.

- iléostomie de vidange
- colostomie gauche
- paroi en 1 plan total au nylon en 8

3ème réintervention au 36ème jour, le 30 novembre 1963 pour nouvelle éviscération.

- fermeture par points totaux aux crins et 6 points totaux au fil de bronze, crins sur bourdonnets
- Décès 6 jours plus tard au 40ème jour.

OBSERVATION n°7 :

Mr DES... Cyprien 85 ans,

opéré le 9 janvier 1963 pour cancer du colon gauche en occlusion

C.R.O. (Dr B)

- cancer de la jonction recto-sigmoïdienne adhérent au petit bassin
- colostomie gauche
- fermeture de la médiane au nylon n°3

Suites :

- 2ème jour : l'anús fonctionne mais oligurie à 200 cm³ sans déséquilibre ionique.
- 6ème jour : l'anurie persiste avec début d'ictère et mauvais fonctionnement de l'anús.

Réintervention au 10ème jour, le 19 janvier 1963 pour éviscération avec météorisme, Protidémie : 61 g 0/00

- réintégration des anses
- paroi en un plan au crin en 8

Suites :

-- au 14ème jour, pneumopathie aigue entraînant un traitement renforcé : A.B. et cortancyl

- le 22ème jour, nouvelle éviscération.

2ème réintervention pour éviscération le 11 février 1963

- résection d'une frange épiploïque
- paroi points totaux aux crins.

Suites :

- abcès du poumon 15 jours plus tard
- décès 30 jours après la 2ème intervention (?)

OBSERVATION n°8 :

Mr RAC... Francis 62 ans,

opéré le 2 novembre 1964 pour cancer du rectum siégeant à 5 cm de la marge anale.

C.R.C. (Dr B.)

- amputation abdomino-périnéale à 2 équipes, terminée par une colostomie gauche
- fermeture de la médiane en 3 plans
- 1 lame, 1 drain dans la concavité sacrée.

Suites :

- fonctionnement tardif de l'anús
- éviscération au 5ème jour : Protidémie : 57 g 0/00

Réintervention au 6ème jour, le 8 novembre 1964 pour éviscération.

- réfection de la paroi en un plan en 8 de chiffre.

Suites :

- abcès du poumon au 14ème jour
- décès au 15ème jour, dans un tableau d'insuffisance cardiaque aigüe.

OBSERVATION n°9 :

Mr GRU... Georges 69 ans,
opéré le 7 octobre 1964 pour cholécystite aigue.

C.R.C. (Dr B)

- paramédiane droite
- pyocholécyste avec abcès de la paroi vésiculaire
- cholécystectomie antérograde, exploration radiométrique normale, drain latéral
- paroi en trois plans

Suites :

- transit difficile, météorisme progressif
- éviscération au 3ème jour

Réintervention pour éviscération au 4ème jour, le 11 octobre 1964.: Protidémie : 61 gr 0/00

- paroi en 2 plans
- trinity musculo-aponévrotique, lin sur la peau avec crins totaux.

Suites :

malgré bon état loca :

- au 7ème jour : fièvre persistante, baisse de l'E.G. précoma
- décès le 12ème jour après la 2ème intervention, dans un tableau d'insuffisance cardiaque avec collapsus.

OBSERVATION n°10 :

Mme GAR...Charlotte 73 ans
opérée le 29 août 1965 pour cholécystite aigue.

C.R.C (Dr D.)

- par médiane, énorme vésicule avec multiples abcès pariétaux
- cholécystectomie rétrograde après abord premier du cystique
- drain sous-hépatique

Après suites normales :

- éviscération au 11ème jour, Protidémie : 64 gr 0/00

Réintervention au 12ème jour pour éviscération :

- paroi en un plan total au nylon n°3 pointen 8

Suites :

Guérison

OBSERVATION n°11 :

Mr AVE... Emile 64 ans
Opéré le 21 février 1959, pour cholécystite aigüe, malade porteur d'une dilatation des bronches.

C.R.C. (Dr B.)

- après R.M.B. normale, cholécystectomie rétrograde difficile
- hémorragie du lit hépatique
- 1 mèche, 1 drain sous-hépatique

Suites :

- première poussée fébrile au 5ème jour réagissant aux A.B.
- au 10ème jour : éviscération, protidémie : 56 0/00

Réintervention au 12ème jour, le 5 mars 1959.

- réintroduction des anses
- paroi : 1 plan aponévrotique au crin, 1 plan total au fil de bronze

Suites : rapidement normales
Guérison

OBSERVATION n°12 :

Mr BEN... Roger 71 ans

opéré le 9 juillet 1964, pour lithiase vésiculaire douloureuse.

C.R.O. (Dr B.)

- cholécystectomie antérograde assez difficile
- petite plaie latérale d'un canal hépatique
- exploration cholédocienne par cholédocotomie négative, R.M.P. normale, drainage de "Kehr" en raison d'une pédiculite importante.

Réintervention le 13 juillet 1964 soit le 5ème jour, pour éviscération : protidémie = 67 g 0/00

- issue d'un fragment d'épiploon dans la partie supérieure de la cicatrice.
- fermeture en un plan aux gros crins, lin cutané.

Suites normales :

ablation du Kehr au 12ème jour
Guérison, sortant le 22ème jour.

OBSERVATION n°13 :

Mr MEI... Roger 74 ans

opéré le 13 mars 1967 pour cholécystite calculeuse (tousseur et cracheur chronique)

C.R.O. (Dr D.)

- par médiane sus-ombilicale contournant l'ombilic
- cholécystectomie, R.M.B. normale
- fermeture en 2 plans, drainage par contre-incision, agrafes sur la peau.

Suites :

- éviscération découverte au 4ème jour (début de désunion) Protidémie = 71 gr.

Réintervention au 7ème jour le 21 mars 1967 : suture en un plan au nylon 2

Suites :

- normales
- guérison
- quitte la clinique au 25ème jour

OBSERVATION n°14 :

Mr THO.... René 66 ans

Opéré le 8 juillet 1964, pour cholécystite aigue

C.R.C. (Dr B)

- gros pyocholécyste avec importante réaction inflammatoire au niveau du cystique
- cholécystectomie antérograde, difficulté au niveau de l'artère cystique.
- R.M.B. normale, un drain sous-hépatique.

Réintervention au 5ème jour, le 13 juillet 1964, pour éviscération : protidémie : 75 gr 0/00

- liquide abondant souillant le pansement, le plan cutané est intact.
- 1 plan aponévrotique au crin, lin cutané

Suites :

- normales
- guérison
- quitte la clinique au 18ème jour

OBSERVATION n°15 :

Mme GIR... Reine 27 ans

césarienne pour présentation transversale le 13 février 1959

C.R.C. (Dr BOI)

- médiane sous-ombilicale, extraction d'un enfant vivant pesant 2.670 g.
- fermeture en 3 plans sans drainage

Suites :

- défervescence très lente malgré les antibiotiques
- éviscération au 12ème jour

Réintervention au 13ème jour, le 26 novembre 1959 pour éviscération; protidémie : 54 gr.

- réintégration des anses
- paroi en 3 plans, plus points totaux au nylon 3

Suites :

- guérison
- quitte la clinique au 32ème jour

OBSERVATION n°16 :

Mr CAN... Ernani 68 ans

C.R.O. (Dr B.)

- incision de Turnbull Barraya
- tumeur de la taille d'un point située à l'union des 1/3 et des 2/3 droit du transverse
- colectomie gauche emportant les 2/3 gauche du transverse et le colon gauche
- anastomose termino-terminale en un plan
- une lame de Pauchet par orifice latéral

Suites :

éviscération de la partie supérieure de la cicatrice au 5ème jour, important météorisme.

Réintervention au 6ème jour, le 3 mars 1964

- anses grêles distendues, lors de la vérification de l'anastomose on provoque une désunion partielle, par prudence on place les 2 bouts intestinaux à la peau
- paroi en deux plans dont un plan total serré sur bourdonnets

Suites :

- au 3ème jour : selles par la colostomie, ablation de l'aspiration
- au 13ème jour : amorce de désunion due à un dysfonctionnement de l'anus
- après désunion totale de la plaie malgré la réanimation, hyperprotidique, fermeture cutanée progressive
- guérison après fermeture de l'anus et cure de l'éventration six mois plus tard.

OBSERVATION n°17 :

Mr PRO... Michel 35 ans

opéré le 29 août 1959 pour épithélioma colloïde du colon gauche

C.R.O. (Dr B.)

- par incision latérale gauche, découverte d'une volumineuse tumeur colique gauche avec métastase au niveau du péritoine et du cul de sac de Douglas.
- prélèvement biopsique d'un fragment péritonéal.
- paroi en 3 plans sans drainage

Suites :

- syndrome occlusif au 6ème jour avec fièvre persistante
Réintervention au 7ème jour, le 5 septembre 1959 pour occlusion
- anse grêle incarcerated dans un début d'éventration
- réintégration, réfection de la paroi, colostomie gauche.

Suites :

décès quatre jours plus tard.

OBSERVATION n°18 :

Mme BAR...Gisèle 48 ans

opérée le 21 août 1963, pour volumineux fibrome non hémorragique (malade ayant déjà présenté des poussées de cholécystites).

C.R.O. (Dr B.)

- hystérectomie totale, péritonisation difficile colovésicale après libération de nombreuses adhérences ovaro et utéro rectales
- grosses vésicule lithiasique perçue à l'exploration.

Suites :

- syndrome occlusif non fébrile au 5ème jour
- réintervention le 27 août 1963 au 5ème jour pour occlusion
- long segment d'anse grêle incarcerated dans un orifice d'éventration
- volumineux épanchement hématique.. sous la péritonisation
- libération de l'anse saine qui est réintégrée.

Nouvelle réintervention le 30 août 1963, pour syndrome occlusif fébrile avec niveaux à la radio

- occlusion réflexe due à une poussée de cholécystite aiguë
- cholécystostomie avec entérotomie de vidange.

Suites :

- après un petit épisode ictérique, reprise du transit le 6ème jour
- ablation de la sonde de Pezzer au 17ème jour
- guérison. Sortante au 30ème jour.

CHAPITRE III

ABCES SOUS PHRENIQUES

=====

FREQUENCE LOCALISATION

En accord avec la définition généralement admise qui étend le terme d'abcès sous phrénique à tous les épanchements purulents cloisonnés situés entre le diaphragme et le mésocolon transverse, nous présentons 8 observations d'abcès sous phréniques ayant toutes motivé une réintervention.

La fréquence, relativement basse & son explication dans le taux peu élevé d'interventions sur l'étage sus mésocolique de notre statistique et dans le fait que nous n'avons pas comptabilisé dans cette rubrique les abcès sous phréniques secondaires succédant à une première réintervention.

Par contre la prédominance des localisations droites (7 cas sur 8) est en accord avec les statistiques classiques (90% pour BOQUIEM), de même que, la prédominance des sous hépatiques sur les sus hépatiques ou abcès sous phréniques vrais.

ETIOLOGIE

I - A DROITE :

== 3 abcès sous phréniques ont succédé à des interventions sur les voies biliaires, toutes difficiles :

- 2 cholécystéctomies pour cholécystite aiguë (obs.1-3)
- 1 anastomose hépatico duodénale pour cancer de la vésicule propagée à la voie biliaire principale (obs.4)

== 1 abcès sous phrénique survenant après appendicectomie sous hépatique (réalisée par voie médiane sus ombilicale avec diagnostic initial de cholécystite aiguë) obs.2.

== 3 abcès sous phréniques ont compliqué des gastrectomies sub totales difficiles et non drainées (obs.5-6-7)

II - A GAUCHE :

L'intervention première était une splénectomie délicate : rate à pédicure court dant la section avait quelque peu intéressé l'extrémité distale de la queue du pancréas (obs.8)

A titre comparatif :

- CARTER et BREWER sur 125 abcès sous phréniques droits en relèvant 33% compliquant une intervention sur l'estomac,
20% une intervention sur le foie et les voies biliaires,
12% une appendicectomie.

- MOUCHET, sur 35 abcès sous phréniques gauches, remarque que la splénectomie antérieure est responsable 28 fois.

ETAPES DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'abcès sous phréniques est particulièrement difficile. Nous devons à ce titre, faire état d'une erreur diagnostique ayant entraîné une réintervention d'ailleurs motivée, (obs.9). Il est vrai que deux examens indispensables n'avaient pas, à tort, été pratiqués (Rx et ponction).

A/ LES SIGNES D'APPEL CLINIQUES GROUPENT :

1°- un intervalle libre succédant à l'intervention première habituellement court, en moyenne 6 jours (obs. 1-2-4-6-8), quelque fois supérieur à un an (A. MOUCHET).

2°- un tableau de suppuration profonde lui succédant plus ou moins brutalement selon l'efficacité des antibiotiques. Ce tableau associe à une fièvre oscillante, une altération profonde de l'état général, avec hyperleucocytose très importante, souvent supérieure à 20.000 éléments (obs.2-46). Inexpliqué par une infection broncho-pulmonaire ou urinaire nette, cet état doit faire rechercher

des signes d'orientation topographiques :

== thoraciques : point de côté, toux sèche, dyspnée attirant l'attention sur la plèvre dans les localisations hautes, mais ils manquent une fois sur deux (obs.4)

== douleur et empâtement de l'hypocondre droit attirant l'attention sur l'abdomen dans les localisations sous hépatiques : ils semblent être plus constants (obs.1-2-3-5-6-7)

== manifestations thoraco lombaires gauches orientant vers une localisation sous phrénique gauche (obs.8)

== écoulement séro purulent par l'orifice de drainage encore perméable (obs.1)

B/ LES SIGNES RADIOLOGIQUES : plus précis mais n'emportant pas toujours la décision.

1°- la surélévation d'une coupole et son immobilité à la scopie ne constituent, au même titre que l'épanchement pleural très souvent retrouvé, qu'un élément d'orientation.

2°- la présence d'une opacité sus hépatique pose le problème de sa topographie sus ou sous diaphragmatique.

3°- par contre, l'image hydro aérique d'un abcès pyogazeux présente une plus grande valeur encore que sa distinction d'avec le pneumo péritoine post opératoire ou d'avec l'angle colique à gauche soit souvent difficile même sur les clichés de profil ou les tomographies.

C/ LA PONCTION : dernière étape, n'apporte malheureusement pas toujours la certitude.

1°- elle peut en effet être négative : (2 fois sur 6 dans la statistique de MOUCHET) sans que l'on puisse pour autant réfuter le diagnostic.

2°- elle n'est, en outre, pas toujours possible, notamment à gauche où beaucoup la repoussent.

3°- elle doit en tout cas, étant donné ses risques essentiellement pleuraux (contamination, pneumothorax) être pratiquée

par le chirurgien, si possible sous amplificateur de brillance; l'aiguille doit pénétrer lentement "on aspire à chaque pas" (LEJARS)

. positive, elle affirme la réalité de l'abcès lorsqu'elle ramène dans l'ordre un liquide séreux réactionnel, puis du pus, parfois de l'air.

. ce faisant, elle permet d'identifier le germe, d'en tester sa sensibilité aux antibiotiques, éventuellement, d'injecter de la diodone pour préciser la topographie exacte de l'abcès.

TRAITEMENT

A/ INDICATIONS :

== Toujours chirurgical et d'emblée dans notre série, mais associé :

- à une antibiothérapie massive et adaptée, lorsque l'antibiogramme a pu être pratiqué.

== MOUCHET a une attitude plus nuancée et propose :

- complémentaire du traitement médical, un drainage par ponction du trocard de MONOD guidé par l'aiguille de ponction et mis sous aspiration.

- un drainage chirurgical lorsque ce procédé s'avère insuffisant ou lorsque l'abcès menace la vie du malade.

B/ TACTIQUE :

== Dans l'ensemble, tous les auteurs sont d'accord sur la voie d'abord certes variable et fonction de la localisation, mais en tout cas le plus souvent possible extra séreuse :

- abcès antérieurs sous hépatiques : voie oblique sous costale n'ouvrant le péritoine qu'en regard de l'abcès.

- abcès postérieurs gauches ou droits : voie thoracique postérieure basse résèquent une partie de l'arc postérieur de la 11ème côte :

traversant la plèvre quand elle est symphysée

. la repoussant sinon, avec suture du diaphragme aux berges de l'incision

- dans tous les cas, après évacuation de la cavité, mise en place d'un gros drain, si possible aspiratif dont le trajet doit être court et direct.

== Pour notre part :

- l'abord des localisations antérieures n'est toujours fait par voie médiane

- l'abord de la localisation postérieure par voie, postérieure (obs.2) d'ailleurs compliquée d'un pneumothorax sans gravité.

RESULTATS

- 6 fois sur 8 la réintervention a amené la guérison, cinq fois grâce à un seul geste, une fois au prix d'une deuxième réintervention pour une double localisation (obs.2); rappelons qu'il s'agissait de 6 localisations droites, classiquement plus bénignes

- 2 fois sur 8 (25%) la réintervention ne put empêcher le décès :

. 1 sur 6 localisations droites (obs.6)

. 1 sur 1 localisation gauche (obs.8)

Ces chiffres sont en accord avec ceux de la statistique de A. MOUCHET qui souligne la gravité des abcès sous phréniques et plus particulièrement des localisations gauches (45% de décès)

CONCLUSIONS

== Tout syndrome de suppuration profonde survenant précocement ou tardivement au decours d'une intervention sur l'étage sus mésocolique, à fortiori si elle a été difficile, doit faire penser à l'abcès sous phrénique et faire rechercher des signes de localisation d'ailleurs souvent en défaut. Seule la ponction prudente peut apporter la certitude

- 11 -

à condition de l'écouler au pus.

En dehors des cas rares où l'abcès survient suffisamment tôt et peut s'évacuer par l'orifice de drainage encore perméable, le traitement doit être chirurgical permettant l'évacuation et le drainage de la collection.

Bouuignons après MOUCHET que le véritable problème des abcès sous phréniques est celui de leur prévention, ce qui nous permet d'insister sur l'importance du drainage :

- drainage sous hépatique après toute gastrectomie, après toute cholécystectomie même les plus simples,

- drainage des décollements, notamment à gauche où l'on sait la gravité des abcès sous phréniques.

- drainage qui ne doit pas être un corps étranger susceptible d'apporter l'infection de l'extérieur vers l'intérieur. Ceci justifie sans doute dans les cas où le drainage paraît le plus justifié, la nécessité d'en faire, au lieu d'un élément passif destiné à évacuer le trop plein, un élément actif grâce à l'aspiration à pression constante. La dépression ainsi créée aura l'intérêt de lutter contre deux facteurs d'abcédation sous phrénique : la position horizontale de l'opéré, (intérêt de la position de FOWLER) et la pression négative sous diaphragmatique.

OBSERVATIONS DES ABCÈS SOUS-HÉPATIQUES
=====

OBSERVATION n°1 :

Mr G.A...Reynaud 59 ans

opéré le 8 avril 1966, pour une cholécystite aigue après deux jours d'antibiothérapie.

C.R.C. (Dr V.)

Malade adipeux, profond, énorme vésicule, pédiculite importante faisant surchoir à la R.M.B. d'autant que la palpation de la V.B.P., ne révèle aucun calcul.

Cholécystectomie d'avant en arrière laborieuse, pas de péritonisation du lit hépatique, mise en place d'un drain sous-hépatique latéral.

Suites :

- normales jusqu'au 8ème jour, le transit reprend le 3ème jour, malade subfébrile : 37°6, mais sans antibiotiques, ablation progressive du drain qui tombe le 8ème jour au matin.
- brutalement le 8ème jour, forte poussée thermique à 39°2, sans signes locaux, ce qui motive un traitement antibiotique : colimycine I.M. tout rentre dans l'ordre en quelques jours ; le malade quitte la clinique apyrétique le 19ème jour, 4 jours après l'arrêt des antibiotiques.

Nouvelles hospitalisations 4 jours plus tard pour :

- fièvre à 38°5
- écoulement séreux par l'orifice de drainage latéral
- douleur et défense sous costale droite

Réintervention le 6 mai 1966, soit 28 jours après la première intervention pour abcès sous-hépatique.

collection louche au milieu d'un tissu très infiltré, évacuation, mise en place d'un nouveau drain latéral.

Suites simples : sous antibiotiques (colimycine), apyrexie au 4ème jour, ablation du drain le 8ème jour.

Le malade quitte la clinique le 14ème jour.

OBSERVATION n°2 :

Mr PER... Octave 45 ans

opéré le 18 avril 1962, pour cholécystite aigue.

C.R.C. (Dr V.)

- par médiane sus-ombilicale, on découvre une appendicite sous-hépatique prête à la perforation.

- appendicectomie difficile, petit drain latéral

Suites :

- ablation intempestive et trop précoce du drain au 4ème jour, suivie d'une ascension thermique progressive
- au 8ème jour, douleur et défense de la région sous-hépatique
- leucocytose : 22.300.

1ère réintervention à "minima" au 9ème jour, le 27 avril 1962 par incision latérale droite, évacuation d'une importante collection purulente sous-hépatique, deux drains, une mèche.

Suites :

- au 9ème jour de la 2ème réintervention : fièvre, douleur à l'inspiration, ascension de la coupole droite.

2ème réintervention à "miniam" : curetage de nombreux caillots, cas de pus, une mèche, une lame

Suites :

13 jours plus tard, devant la reprise d'une fièvre oscillante.

3ème réintervention pour abcès sous-phrénique, après ponction ramenant du pus :

- incision dans le 9ème espace, évacuation d'un gros abcès inter hépatodiaphragmatique
- drainage par gros drain.

Suites :

- le 1er jour : hydropneumothorax nécessitant une pleurotomie avec drainage aspiratif
- après nombreuses ponctions, guérison finale
- le malade quitte l'hôpital au 85ème jour.

OBSERVATION n°3 :

Mr AVE...André 61 ans

opéré le 15 septembre 1961 pour cholécystite aigüe.

C.R.O. (Dr B)

- vésicule énorme à parois inflammatoires, indurations ligneuses du pédicule
- cholécystectomie difficile, pas de R.M.B.
- 1 drain latéral

Suites :

- reprise très lente du transit au 5ème jour, date à laquelle on enlève l'aspiration
- au 9ème jour, fièvre à 39°, malgré les A.B., vomissements, diarrhée, météorisme débutant.

Réintervention au 20ème jour, le 5 octobre devant les signes locaux pour abcès sous-hépatiques.

- évacuation d'une volumineuse poche purulente sous-hépatique
- 1 drain, 1mèche

Suites :

- guérison

OBSERVATION n°4 :

Mme BRA... Yvonne 64 ans

opérée le 22 décembre 1965, pour ictère datant de 15 jours : cancer de la vésicule.

C.R.O. (Dr B)

- cancer de la vésicule envahissant le foie et la V.B.P. Après cholécystectomie difficile, isolement laborieux du canal hépatique commun au-dessus de l'envahissement du pédicule.
- hépatico-duodénostomie termino-latérale, en un plan (anastomose précaire, les fils déchirant le canal hépatique.

Suites :

- très difficiles :
- collapsus au 3ème jour, fièvre oscillante avec plynucléose et leucocytose à 21.8000.
- 9ème jour : fièvre à 39°, petit épanchement de la base droite, mais pas d'écoulement biliaire par le drain, l'ictère régresse :
 - image hydroaérique sous-diaphragmatique droite.
 - épanchement bilio-purulent à la ponction.
 - leucocytose 21.800

Réintervention le 5 janvier, soit au 14ème jour par voie médiane, découverte d'une collection inter-hépto-diaphragmatique droite

- drainage après aspiration
- un drain latéral
- un drain, une mèche par voie médiane

Suites : 2ème jour : fièvre à 39°, malgré les A.B. écoulement biliaire important

7ème jour : apyrexie, diminution de la fuite biliaire; la fistule biliaire se tarit définitivement au 38ème jour.

Guérison de la fistule, quitte la clinique au 60ème jour.

OBSERVATION n°5 :

Mr LOP... Antonio 53 ans

opéré le 14 novembre 1957, pour ulcère de l'estomac (suture pour perforation douze ans auparavant).

C.R.C. (Dr V)

- nombreuses adhérences, ulcère perforé, bouché de la P.C.
- gastrectomie aub-totale selon "FINSTERER", pas de drainage

Suites :

- après deux poussées de fièvre à 39°, regressant sous antibiotiques,
- nouveau clocher à 39°5, avec signes locaux nets au 28ème jour.

Réintervention au 28ème jour, le 12 décembre pour collection profonde.

- gros abcès sous-hépatique
- évacuation par voie médiane, deux drains

Suites :

- simples
- guérison

OBSERVATION n°6 :

Mr DUB... Moïse 59 ans

opéré le 11 février 1960, pour ulcère duodénal hémorragique ayant subi un traitement médical.

C.R.C. (Dr V)

- induration de la face antérieure du duodénum, mais surtout néoplasme de la partie haute de la P.C.
- gastrectomie subtotalaire haute avec anastomose jéjunale transmésocolique; intervention difficile et profonde.

Suites :

- au 3ème jour, fièvre à 40°, mais transit normal et ventre souple
- au 6ème jour, nouvelle poussée thermique, légère défense sous-sociale droite

Réintervention au 7ème jour, le 18 février 1960, pour abcès profond.

- collection gazeuse sous-hépatique très malodorante, l'anastomose paraît intacte.
- collection purulente pelvienne
- drainage sous-hépatique et pelvien

Suites :

- décès 2 heures plus tard

OBSERVATION n°7 :

Mr ROG...Camille 60 ans

opéré le 1er juillet 1957, pour cancer de la P.C. de l'estomac

C.R.C. (Dr V)

- adénopathie de la chaîne coronaire, propagation à la face antérieure du foie

- gastrectomie subtotale très haute et difficile selon FINSTERER
- fermeture sans drainage

Suites

- défervescence très lente malgré les antibiotiques
 - apyrexie au 12ème jour, sortante au 16ème jour
 - nouvelle hospitalisation au 29ème jour pour fièvre à 39°, avec douleur et empâtement de la région sous-hépatique
 - réintervention au 32ème jour, le 2 août 1957 pour abcès sous-hépatique
 - par voie médiane, évacuation d'une collection purulente bien limitée
- 2 drains.

Suites

- apyrexie le lendemain
- suites simples
- guérison

OBSERVATION n°8

Mme BIS... Rosalie 61 ans

opérée le 12 septembre 1964, pour rupture splénique sous-capsulaire en deux temps.

polytraumatisée opérée 8 jours auparavant pour une fracture ouverte.

C.R.O. (Dr D)

- splénectomie difficile du fait d'un pédicule particulièrement court, sa section touche légèrement la queue du pancréas, hémostase par thrombose et spongel.
- drainage par contre-incision gauche

Suites :

- fébriles malgré l'antibiothérapie massive
- pas de signes locaux avant le 30ème jour on apparaissent douleur et défense de l'hypochondre gauche avec point de côté gauche.

Réintervention le 15 octobre 1964 au 33ème jour, pour abcès sous-phrénique gauche

- par incision sous costale gauche, on découvre une poche purulente remplie de débris sphacéliques, on préfère repasser en médiane pour nettoyer la poche
- drainage sous-costal gauche

Suites :

- défervescence progressive mais très lente
- effondrement progressif de l'E.G.
- décès le 13 décembre 1964 au 90ème jour

OBSERVATION n°9 :

Mr VLR... Julien 53 ans
opéré le 5 mai 1967, pour appendicite

C.R.C. (Dr D)

- appendice blanchâtre
- appendicectomie sans enfouissement

Suites :

normales jusqu'au 9ème jour, puis lèvre oscillante, douleur et défense sous-costale droite.

Réintervention au 16ème jour, le 22 mai 1967, pour suspicion d'abcès sous-phrénique

- vésicule normale, pas d'abcès, importante épiploïte avec zone d'infarcissement
- aucune origine n'est retrouvée expliquant ces lésions
- résection de l'épiploon infarci.

Suites normales
guérison.

CHAPITRE IV

ABCES SOUS MESOCOLIQUES

=====

Nous groupons sous cette rubrique les abcès multipéritonéaux de l'étage sous mésocolique en dehors de tout phénomène occlusif; réservant au chapitre des occlusions les péritonites plastiques adhésives avec abcès unique ou multiples bien individualisés par GERMAIN.

CLASSIFICATION

Selon la localisation de la collection intra péritonéale nous distinguons :

- les abcès mésocoeliaques et iliaques
- les abcès du Douglas

FREQUENCE

== L'ensemble des abcès sous mésocoliques représente 27 cas soit 20% des réinterventions. Ils se répartissent en :

- . abcès mésocoeliaque 2
- . abcès iliaque 9
- . abcès du Douglas 16

== Si l'on tient compte de la précédente catégorie (ABCES SUS MESOCOLIQUES ou SOUS PHRENIQUES), nous arrivons à un total de 35 abcès intra péritonéaux localisés, soit 27% de l'ensemble des réinterventions : taux légèrement supérieur à celui des autres statistiques :

- . GERMAIN : 11 abcès sur 82 réinterventions : 13%
- . OLIVIER : 16 abcès sur 61 réinterventions : 26%

ETIOLOGIE

A/ Elle est dominée par deux notions :

- L'INTERVENTION : 75% d'appendicectomies
- LA SEPTICITE : 85% d'interventions septiques

I - INTERVENTIONS PREMIERE :

1° - appendicectomies	20
2°- interventions gynécologiques	5
- Wertheim	2
- Hystérectomie subtotale	2
- Ovariectomie + appendicectomie ...	1
3°- interventions sur le tube digestif	2
- résection du grêle	1
- héli colectomie gauche	1

II - SEPTICITE

1°- Evidente pour : 23 cas

== 15 appendicites graves :

- 12 appendicites perforées :
 - . 8 avec diffusion péritonéale
 - . 4 sans diffusion péritonéale
- 2 appendicites gangréneuses
- 1 abcès appendiculaire

== 5 appendicites aiguës

== 1 résection du grêle pour sphacèle de l'anse

== 1 pyosalpinx

== 1 héli colectomie gauche pour cancer

1°- Moins manifeste dans : 4 cas

== 2 Wertheim (malgré la désinfection systématique du vagin).

== 1 hystérectomie sub totale techniquement très difficile ayant nécessité une héli section selon le procédé de Descomps.

== 1 ovariectomie pour kyste de l'ovaire, associée à une appendicectomie : geste complémentaire que beaucoup condamnent depuis la meilleure connaissance des accidents de l'appendicectomie à froid.

B/ PAR CONTRE deux facteurs ne semblent pas avoir joué un rôle de prévention :

- le drainage
- l'antibiothérapie

I - DRAINAGE : 17 cas drainés sur 25 interventions septiques.

1°- Appendicites graves : 14/15

- péritonites appendiculaires : 8/8
- appendicites gangréneuses perforées : 3/4
- appendicites gangréneuses non perforées : 2/2
- abcès appendiculaires : 1/1

2°- Appendicites aiguës : 0/5

3°- Pyosalpinx : 0/1

4°- Résection du grêle et colon : 2/2

5°- Wertheim : 2/2

II - ANTIBIOTHERAPIE :

1°- locales : 11/27

2°- générale : tous nos opérés ont reçu des antibiotiques en post opératoire immédiat, antibiothérapie à large spectre, le plus souvent association Pénicilline Colimycine, ou Penicilline Streptomycine.

C/ ENFIN, nous n'avons pas fait intervenir le moignon appendiculaire dans la genèse des abcès, post appendicectomie à chaud, pour notre part nous enfouissons chaque fois que l'état de la base de l'appendicite et du coecum le permettent.

DATE DE SURVENUE

I - POUR LES ABCES ILIAQUES :

Elle se situe avec le maximum de fréquence entre le 6ème et le 8ème jours(7), entre les deux dates extrêmes de 3 et 13 jours.

II - POUR LES ABCES DU DOUGLAS :

Elle se situe entre le 5ème et le 21ème jour, avec un maximum de fréquence entre le 9 et 13 jours (11) spontanée que certains hâtent par des lavements tièdes, ce qui ne constitue qu'un drainage insuffisant.

III - MOMENT :

== C'est un problème délicat qui se pose, surtout à propos des abcès du Douglas où il faut réintervenir après la collection complète de l'abcès (inefficacité et danger vis à vis des anses grêles); mais avant la fistulisation spontanée dans le rectum; le meilleur moment étant déterminé par l'apparition d'un ramolissement au sein de la masse tendue et douloureuse du Douglas.

== Nous sommes réintervenues en moyenne 3 jours après la 1ère perception de la masse aux touchers pelviens répétés.

IV - L'INTERVENTION :

1°- Abcès iliaques et mésocoeliaques :

== voie d'abord : elle est fonction de la localisation des signes locaux correspondant en règle à l'incision initiale :

- iliaque droite de Mac Burney :
 - . 9/10 appendicites
- médiane sous ombilicale :
 - . 1/10 appendicites (obs.2)
- inguinale gauche :
 - . 1/1 hernie obturatrice gauche étranglée.

== le temps chirurgical : a toujours comporté, après débridement de la voie d'abord, une évacuation de la collection avec toilette péritonéale, suivie de drainage iliaque (dans 2 cas où il existait un abcès du Douglas associé, le drainage a été mixte)

DIAGNOSTIC

En règle facile quelle que soit la localisation, dans la mesure où le chirurgien devant

== un syndrome infectieux persistant, plus ou moins rebelle aux antibiotiques (26 sur 27) jugé sur la courbe thermique, la baisse de l'état général et l'hyperleucocytose,

== sait s'imposer la recherche de signes locaux d'abcès

- en examinant la plaie opératoire douleur et défense existaient dans 10 de nos 11 observations d'abcès iliaques (la onzième présentait une douleur sans bombement au toucher rectal)

- en pratiquant des touchers pelviens répétés à la recherche d'un bombement du Douglas, signe majeur et constant de l'abcès pelvien, puisque retrouvé dans 15 de nos 16 observations.

== les autres signes étant beaucoup plus contingents :

- signes occlusifs : 1/11 abcès iliaques

- écoulement purulent par de drain : 1/11

== quant aux troubles du transit (diarrhée) et aux signes d'appel vésicaux ils sont également inconstants et surtout trop tardifs encore que nous puissions relever une rétention d'urine survenue au 5ème jour.

TRAITEMENT

I - INDICATIONS :

A l'instar de la majorité, nous sommes toujours réintervenus aussi bien dans les abcès iliaques que dans les abcès du Douglas où nous jugeons inefficace d'attendre la fistulisation rectale.

2°- Abscès du Douglas :

L'évacuation doit être pratiquée par recto ou colpotomie sous anesthésie générale, en ayant bien soin comme nous l'a enseigné notre maître le professeur P. VIALLE de vérifier la vacuité de la vessie.

a) chez l'homme par rectotomie en sachant qu'elle est plus dangereuse que chez la femme (absence de protection interne de la vessie)

- malade en position de taille
- dilatation anale progressive
- une valve en arrière exposant la face antérieure voussurée
- incision de la saillie avec de longs ciseaux mousses à bec recourbé
- agrandissement au doigt de la brèche, ce qui permet l'évacuation complète de la collection
- drainage par un gros drain rectal

b) chez la femme par rectotomie ou colpotomie postérieure

- nous avons pratiqué une rectotomie pour tous les abcès appendiculaires de l'adulte (moins dangereuse) et de l'enfant
- ayant réservé la colpotomie postérieure aux abcès ayant succédé aux interventions gynécologiques.

RESULTATS

== Le pronostic des abcès post opératoires est dans l'ensemble bon puisque sur 27 abcès, nous avons eu 2 décès soit 7%

== Il est cependant différent selon la localisation et il semble bien que la fusée du pus vers le Douglas soit "l'évolution la plus heureuse"

- en effet, sur 16 abcès du Douglas nous relevons 16 guérisons dont 14 obtenues après un seul geste évacuateur, deux après 2

gestes le premier étant soit insuffisant : ponction du Douglas (obs.13) soit inadapte : incision iliaque d'un petit hematome ayant laissé évoluer un abcès du Douglas guéri par rectotomie.

- par contre légèrement moins bon pour les abcès iliaques
 - . 9/11 ayant guéri : 7 grâce à une seule intervention,

2 ayant nécessité une seconde réintervention :

- = rectotomie d'un abcès du Douglas (obs.1) associé

- = réintervention pour occlusion inflammatoire

suivie de plicative mésentérique selon CHILDS

- . les 2 décès correspondent l'un à des perforations multiples du grêle (13), l'autre n'ayant pu être décelé (obs.11)

CONCLUSIONS

== Deux notions indiscutables se dégagent de cette étude :

- le pronostic excellent des abcès du Douglas
- leur survenue 8/10 jours après une appendicite grave

== Deux problèmes ne semblent pas par contre résolus et méritent que l'on s'y attarde :

I - LE DRAINAGE

== Entre les deux attitudes non contradictoires

- des partisans du non drainage accordant à la séreuse péritonéale la possibilité de défense contre l'infection à condition que sa cause soit tarie et que tous les débris et le pus aient été soigneusement évacués

- et celle des partisans du drainage aidant la nature à évacuer le pus et les débris sphacéliques

== Nous pensons que le drainage abdominal doit être discuté en fonction des conditions techniques, anatomiques et de la réanimation, sachant que ce n'est pas, comme le fait remarquer MONOD BROCA, l'absence du drainage qui améliore les résultats, mais la perfection de l'acte chirurgicale qui permet d'en déduire les indications et les

complications dont il est responsable.

- chaque fois que la toilette péritonéale faite à l'aspirateur aura été possible de manière complète et certaine, il nous semble licite de refermer sans drainage à condition qu'il n'existe aucun décollement suintant et qu'un prélèvement de pus permette en post-opératoire une antibiothérapie logique et efficace.

- dans tous les autres cas, le drainage de la région infectée et des décollement par lame ou mieux par drainage aspiratif à pression constante (Redon gainé d'un PENROSE), drainage qui ne dispense pas d'une toilette péritonéale et dont les inconvénients semblent en fait inférieurs à ceux qui surviennent en son absence.

- nous réservons l'utilisation de la mèche aux hémostases douteuses en tout cas toujours associée à un drainage.

II - QAUNT A L'ANTIBIOTHERAPIE :

== L'analyse de nos observations pourrait à première vue, nous faire conclure à son inefficacité totale, voire à stigmatiser ses inconvénients puisque (c.f. feuille) :

- tous nos abcès se sont formés sous "couverture" antibiotique

- l'arrêt de l'antibiothérapie a le plus souvent permis de démasquer la suppuration sur la feuille de température dont la courbe était jusqu'alors "écrasée"

- seul le drainage chirurgical avait un effet spectaculaire et complet

== En fait, il est logique de penser qu'une antibiothérapie adaptée, guidée par l'antibiogramme et à doses massives pour être efficaces, aurait permis de prévenir un certain nombre d'abcès du Douglas.

OBSERVATIONS des ABCES du DOUGLAS

=====

OBSERVATION n°1 :

Enfant MOR Jacqueline 9 ans

Opérée le 4 Janvier 1943, pour péritonite appendiculaire

C.R.C (Dr B)

- pus dans la grande cavité péritonéale
- appendice rétro-caecal, pointe gangrénée perforée
- ectomie sans enfouissement, toilette péritonéale, A.B. in-situ, un drain

Suites :

- au 4ème jour : apyrexie, ablation du drain
- au 6ème jour : fièvre à nouveau, avec masse perceptible au toucher

Réintervention au 7ème jour, le 11 janvier 1963, pour abcès du Douglas

- évacuation par rectotomie

Suites

Guérison

OBSERVATION n°2 :

Enfant POM... Marie Jeanne 6 ans

Opérée le 25 mars 1960, pour péritonite appendiculaire

C.R.O (Dr B)

- pus intra-péritonéal, appendice perforé à sa base
- ectomie avec enfouissement; toilette, A.B. locaux, un drain

Suites :

- normales jusqu'au 4ème jour, transit repris, apyrexie
- ascension thermique à l'arrêt des A.B. jusqu'au 11ème jour, où l'on perçoit au toucher une collection pelvienne.

Réintervention au 13ème jour, le 12 mars 1960

- évacuation par rectotomie d'une collection purulente minime

Suites :

- apyrexie en 3 jours
- guérison

OBSERVATION n°3 :

Mme CES... Marie 58 ans

Opérée le 29 Août 1961, pour appendicite aigue

C.R.O. (Dr C)

- sérosité purulente intra-péritonéale, appendice perforé
- ectomie sans enfouissement, toilette péritonéale en 1 lame de Pauchet

Suites :

- défervescence sous A.B. au 5ème jour, date à laquelle on enlève le drainage
- réascension progressive à partir de cette date, puis fièvre oscillante au 21ème jour avec collection au toucher

Réintervention au 23ème jour, le 21 septembre 1961

- évacuation par colpotomie d'un petit abcès du Douglas
- 1 drain, 1 mèche

Suites :

Guérison

OBSERVATION n°4 :

Mlle RIV... Christiane, 18 ans

Opérée le 18 juin 1958, pour appendicite aigüe

C.R.O (Dr B)

- appendice rétro-caecal, adhérent très inflammatoire, non perforé
- ectomie avec enfouissement, A.B. fermeture sans drainage

Suites :

- au 5ème jour, malade fatigué, subfébrile, sans signes locaux
- fièvre oscillante au 9ème jour, avec masse perçue au toucher

Réintervention au 11ème jour pour abcès du Douglas

- évacuation par rectotomie
- un drain, une mèche

Suites :

Guérison

OBSERVATION n°5 :

Mr SOL... Marcel 44 ans

Opéré le 7 Novembre 1963, pour appendicite aigüe

C.R.O (Dr V)

- appendice rétro-caecal perforé à sa pointe, contenant du pus
- ligature du méso-appendice difficile, hémorragie importante difficile à juguler

- ectomie avec enfouissement, 1 lame.

Suites :

- fièvre oscillante au 8ème jour avec induration et défense profonde iliaque droite

1ère réintervention au 10ème jour, le 16 Novembre pour abcès profond.

- évacuation d'un gros hématome par voie de M.B.

- 1 lame

2ème réintervention, 6 jours plus tard pour réascension thermique avec masse bombant en arrière.

- évacuation par rectotomie d'un abcès du Douglas

Suites :

Guérison

OBSERVATION n°6 :

Enfant CAR... Jean René 15 ans

Opéré le 23 Janvier 1966 pour péritonite appendiculaire

C.R.C. (Dr V)

- pus fétide dans la grande cavité, appendice sphacélé perforé, tronçonné en trois segments

- ectomie, enfouissement A.B. in-situ, lame de "Pauchet" dans le Douglas

Suites :

au 5ème jour : fièvre à 39°, hyperleucocytose, collection nette au toucher, rétention d'urine.

Réintervention au 8ème jour, le 31 Janvier 1966, pour abcès du Douglas

- après dilatation anale, rectotomie, ramenant du pus en abondance

- drainage rectal

- Guérison

OBSERVATION n°7 :

Mlle PETIT Claudine 15 ans

Opérée le 26 Octobre 1962, pour péritonite généralisée par perforation appendiculaire.

C.R.C. (Dr V)

- pus remplissant la grande cavité appendice perforé à sa base

- ectomie enfouissement, drain dans le Douglas avec aspiration, A.B. locaux.

Suites :

- défervescence au 3ème jour avec reprise du transit

- puis fièvre oscillante malgré les A.B. avec collection nette au toucher au 10ème jour.

Réintervention au 15ème jour le 10 Novembre 1962 pour abcès du Douglas.

- évacuation d'un litre de pus par rectotomie après dilatation anale
- mèche et drain

Suites :

- apyrexie le lendemain
- guérison

OBSERVATION n°8 :

Mr PEN...André 25 ans

Opéré le 28 Septembre 1959, pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr V)

- liquide louche intra-péritonéal, appendice rétrocaecal sphacélé, perforé à la base
- ectomie avec enfouissement
- fermeture sans drainage

Suites :

- fièvre malgré les A.B.
- collection pelvienne perçue au toucher le 10ème jour

Réintervention au 15ème jour, le 13 Octobre 1959, pour abcès du Douglas.

- drainage par rectotomie d'un abcès important
- un drain, une mèche

Suites :

- défervescence le lendemain
- le drain tombe le 4ème jour
- guérison

OBSERVATION n°9 :

Enfant DES... Ginette 10 ans

Opérée le 28 Août 1958, pour péritonite appendiculaire

C.R.C. (DrV)

- péritonite par perforation, appendice sphacélé pelvien
- ectomie avec enfouissement, toilette tifomycine in-situ, drain

Suites :

- fébriles malgré les antibiotiques : fièvre à 38°
- masse postérieure dans le pelvis

Réintervention le 12ème jour pour abcès du Douglas

- rectotomie aux ciseaux après dilatation anale, drain plus mèche

Suites :

- opérée rapidement apyrétique, ablation du drain le 4ème jour
- guérison, quitte la clinique le 26ème jour.

OBSERVATION n°10 :

Mr BCS... Fernand 19 ans,

Opéré le 20 Février 1959 pour péritonite appendiculaire

C.R.C. (Dr V)

- liquide purulent intra-péritonéale, appendice rétro-caecal perforé
- ectomie sans enfouissement, lame de "Pauchet" et mèche

Suites :

- au 4ème jour : apyrexie, ventre souple, le transit a repris
- au 10ème jour à l'arrêt des A.B. fièvre à 39°, collection nette au toucher

Réintervention au 13ème jour, le 15 mars 1959, pour abcès du Douglas

- évacuation par rectotomie d'un litre 1/2 de pus
- un drain rectal

Suites :

- le drain tombe le 4ème jour
- apyrexie le 5ème
- guérison

OBSERVATION n°11 :

Mme BON... Jeanine 38 ans

Opérée le 11 avril 1964 pour cancer du col utérin stade 11 fort, six semaines après curiethérapie : hystérectomie totale élargie avec lymphadénectomie

C.R.O. (Dr V)

- devant la désinfiltration complète du paramètre gauche, on décide une opération de Wertheim
- lymphadénectomie facile à droite, difficile à gauche, où l'on provoque une plaie de la veine iliaque interne difficile à juguler
- drainage intra-vaginal, mèche et lame de Pauchet

Suites

- fièvre à 38°5, malgré les antibiotiques jusqu'au 7ème jour
- ablation de la mèche le 8ème jour, de la lame le 9ème jour
- le 13ème jour, poussée thermique à 39°, collection au toucher

Reintervention le 24 Avril 1964, pour abcès du Douglas, soit au 14ème jour

- évacuation d'un volumineux hématome infecté par colpotomie
- un drain

Suites simples :

- apyrexie en 3 jours
- guérison

OBSERVATION n°12 :

Mme MR ... Jeanne 49 ans

Opérée le 20 Septembre 1961, pour cancer du col stade 11

C.R.C. (Dr B)

- deux mois après curiethérapie endo-utérine et vaginale
- devant l'absence d'infiltration des paramètres décision d'une lymphadéno-colpo-hystérectomie totale élargie
- suintement hémorragique assez important
- deux lames de "Pauchet"

Suites :

- fièvre persistante à 38°5 au 4ème jour malgré les A.B.
- oscillante à partir du 13ème jour avec masse bombante au toucher

Réintervention au 19ème jour, le 9 Octobre 1961, pour abcès du Douglas

Suites :

- défervescence rapide
- guérison

OBSERVATION n°13 :

Mme BIL.... Madeleine 33 ans

Opérée le 22 Janvier 1957, pour salpingite aigüe : pyosalpinx droit :

C.R.C. (Dr C)

- énorme pyosalpinx droit
- hystérectomie sub totale sans conservation annexielle droite
- clivage très difficile laissant des zones dépéritonisées,obligeant à une péritonisation colo-vésicale, pas de drainage

Suites :

- fièvre persistante avec collection au toucher rectal

Réintervention au 9ème jour, le 31 janvier 1957 pour abcès du Douglas. Ponction du Douglas ramenant 10 cm³ de pus.

2ème réintervention, le 9 février 1958 au 18ème jour pour abcès du Douglas, insuffisamment évacué et non drainé

- colpotomie : guérison

OBSERVATION n°14 :

Mr MCR... Léonard 45 ans

Opéré le 6 Juillet 1957, pour cancer du sigmoïde sténosant

C.R.O. (Dr B)

- 6 jours après caecostomie pour occlusion
- hémicolectomie gauche avec anastomose termino-terminale.

Suites :

- après des suites satisfaisantes et apyrétiques, fièvre oscillante à 39°, masse bombante au toucher

Réintervention au 15ème jour, le 20 Juillet 1957 pour abcès du Douglas.

- évacuation par rectotomie

Suites simples :

- fermeture d'anūs 7 jours plus tard
- guérison

OBSERVATION n°15 :

Mme JUS.... Josette 21 ans

Opérée le 27 Janvier 1964, pour fibrome

C.R.C. (Dr V.)

- énorme fibrome (1560 g) en voie de dégénérescence oedémateuse
- hystérectomie difficile, hémisection selon le procédé de DESCOMPS permettant l'extériorisation et une hystérectomie sub totale avec conservation annexielle gauche
- pas de drainage

Suites :

- fièvre, hyperleucocytose le 8ème jour, réagissant bien à l'antibiothérapie
- nouvelle poussée thermique le 13ème jour, collection perceptible au toucher

Réintervention au 14ème jour, le 10 février 1964, pour abcès du Douglas

- évacuation, drainage par colpotomie postérieure
- guérison, quitte la clinique le 20ème jour

OBSERVATION n°16 :

Mme CHE... Clarisse 28 ans

Opérée le 4 novembre 1959, pour kyste de l'ovaire

C.R.C. (Dr B.)

- ovariectomie droite appendicectomie

Suites :

- fièvre oscillante à partir du 6ème jour, rien au toucher
- fièvre à 39° et masse perceptible le 12ème jour

Réintervention au 13ème jour, le 17 novembre 1959

- colpotomie postérieure, un abcès du Douglas
- 1 drain, 1 mèche vaginale

Suites simples :

Guérison

OBSERVATIONS DES ABCÈS ILIAQUES

=====

ET MÉSOCOELIAQUES

=====

OBSERVATION n°1 :

Melle GIR... Maryse 14 ans

Opérée le 15 septembre 1962, pour appendicite

C.R.O. (Dr B)

- appendice long rétro coecal, adhérent
- ectomie avec enfouissement

Suites :

- défervescence rapide sous A.B.
- reacension thermique au 4ème jour à l'arrêt des A.B.
- fièvre oscillante au 8ème jour, persistant malgré les A.B. avec induration et défense iliaque droite

Réintervention au 12ème jour, le 27 septembre 1962 pour abcès mésocoeliaque

- évacuation d'un abcès profond
- 1 drain, 1 mèche

Suites :

- au 7ème jour, fièvre oscillante avec collection au toucher

Réintervention au 9ème jour, le 6 octobre 1962 pour abcès du Douglas

- évacuation par rectotomie (1/2 litre de pus)
- 1 drain

Suites :

- apyrexie en 24 heures
- guérison

OBSERVATION n°2 :

Enfant CAY... Danielle 14 ans

Opérée le 27 mars pour appendicite aiguë

C.R.C. (Dr B.)

- appendice rétro caecal très adhérent
- ectomie rétrograde difficile au cours de laquelle on effondre un petit abcès
- toilette, A.B. locaux, pas de drainage

Suites :

- simples
 - quitte la clinique au 10ème jour apyrétique
 - réhospitalisée au 13ème jour pour fièvre oscillante à 39°5
- masse douloureuse para ombilicale droite

Réintervention au 15ème jour, le 11 avril 1964 pour abcès mésocoliaque

- évacuation d'un abcès par voie médiane
- 1 drain, 1 mèche

Suites :

- au 6ème jour, apyrexie, ablation de la mèche
- quitte la clinique au 17ème jour
- guérison

OBSERVATION n°3 :

Mr REN... Jean 25 ans

Opéré le 7 février 1958 pour péritonite par perforation appendiculaire

C.R.C. (Dr V)

- ectomie sans enfouissement, toilette péritonéale, A.B. in-situ, drain.

Suites :

- très fébriles, malgré le drainage et les antibiotiques
- pas de collection perceptibles du T.R. on pense à un abcès iliaque

Réintervention le 14 novembre 1958 par voie iliaque, abcès pelvien volumineux mise en place d'un gros drain après aspiration et A.B. in-situ

Tableau de péritonite généralisée 6 jours plus tard.

2ème réintervention le 22 novembre 1958 par voie iliaque révélant de multiples perforations d'un intestin sphacelé, l'état alarmant du malade ne permet rien d'autre que la mise en place d'un nouveau drainage.

Décès quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION n°4 :

Mr CHA... Gérard 28 ans

Opéré le 17 juin 1958 pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr V.)

- péritoine rouge, liquide non purulent, appendice rétro coecal très oedématié à la limite de la perforation
- ectomie avec enfouissement, fermeture sans drainage après longue hésitation

Suites :

- fièvre à 39° malgré les antibiotiques
- douleur et défense locales au 3ème jour, motivant l'intervention

Réintervention le 20 juin 1958 pour abcès iliaque, par l'incision iliaque droite, évacuation de quelques cm³ de pus, mis en place d'un drain.

Suites simples :

- apyrexie deux jours après l'intervention
- transit repris le 4ème jour
- ablation du drain le 6ème jour

le malade quitte la clinique 10 jours après la première intervention

OBSERVATION n°5 :

Enfant BAZ... Françoise 9 ans 1/2

Opérée le 24 mars 1962 pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr V)

- appendice inflammatoire non perforé
- ectomie avec enfouissement, fermeture sans drainage

Suites normales jusqu'au 7ème jour

- le 7ème jour : douleurs abdominales généralisées, fièvre à 39°, contracture à maximum iliaque droit.

Réintervention au 8ème jour, le 31 mars 1962 pour collection résiduelle.

- par voie de Mac BURNEY, évacuation d'une importante collection purulente ayant gagné le petit bassin
- deux drains dans le Douglas avec aspiration

Suites :

Guérison, sortante le 24ème jour

OBSERVATION n°6 :

Mr BRU.... René 43 ans

Opéré le 7 novembre 1959 pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr V)

- appendice pelvien perforé, ectomie avec enfouissement
- A.B. locaux, un drain

Suites :

- défervescence très lente, malgré les A.B. par voie générale, obligeant à un premier débridement de la plaie avec mise en place d'un nouveau drain le 10ème jour.

- le 12ème jour : vomissements, signes occlusifs;
empatement iliaque sans masse perceptible au toucher

Réintervention au 10ème jour, le 20 novembre 1959 par voie iliaque droite.

Abcès résiduel latéro pelvien, évacuation, plus deux drains avec aspiration continue.

Suites :

- reprise du transit au 4ème jour
- ablation du drain au 11ème jour
- guérison
- quitte la clinique 30 jours après la première intervention

OBSERVATION n°7 :

Melle BUS... Marie Madeleine 18 ans 1/2

Opérée le 18 Mai 1957 pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr C)

- appendicectomie avec enfouissement

Suites : sans A.B.

- fièvre et défense de la fosse iliaque droite au 6ème jour
- légère douleur au T.R. mais pas de bombement du Douglas

Réintervention le 11 Mai 1957 au 7ème jour par voie iliaque droite :

- hématome infecté
- évacuation, drainage par une lame de Pauchet rétro caecale, un drain, une mèche dans le Douglas

Suites simples :

Guérison, quitte la clinique au 30ème jour

OBSERVATION n°8 :

Mme MAB... Odette 40 ans

Opérée le 31 Mars 1961 pour péritonite appendiculaire

C.R.C. (Dr B)

- liquide séro urulent dans la grande cavité péritonéale
- appendice mésocolique gangréné, perforé à sa base
- un drain dans le Douglas et un drain latéro coecal

Suites :

- transit repris au 7ème jour, mais fièvre à 38° malgré antibiothérapie
- au 12ème jour, accentuation de la fièvre, induration profonde au niveau de la cicatrice

Réintervention au 13ème jour le 13 avril 1961 pour abcès

profond

- par voie iliaque : évacuation d'un volumineux abcès, un drain, une mèche
- par colpotomie : évacuation d'un abcès du Douglas non communiquant, un drain, une mèche

Suites :

- apyrexie au 3ème jour
- guérison, sortante le 12ème jour

OBSERVATION n°9 :

Mr DAN...Alain 18 ans

Opéré le 26 janvier 1966 appendicite aigüe

C.R.(. (Dr D.)

- appendice rétro coecal non perforé, mais gangrené
- ectomie sans enfouissement, Z.B. locaux, pas de drainage

Suites :

- normales jusqu'au 4ème jour, date de l'arrêt des A.B., apyrexie, selles
- fièvre progressive des le 5ème jour avec défense iliaque droite

Réintervention au 8ème jour pour abcès profond

- par voie de Mac Burney découverte d'un important hématomie
- évacuation, une mèche

Réintervention au 10ème jour pour abcès rétro coecal à signe occlusif

- par médiane, découverte d'un gros abcès rétro coecal
- nombreuses adhérences sur le grêle : plicature du grêle selon la technique de CHILDS
- 1 lame rétro coecale plus 1 drain

Suites :

- normales, apyrexie en 24 heure
- ablation du drain au 9ème jour

Guérison

OBSERVATION n°10 :

Enfant CER... Jacynthe 6 ans

Opérée le 11 septembre 1964 pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr D.)

- appendice inflammatoire
- ectomie sans enfouissement

Suites :

- normales, apyrétiques jusqu'au 5ème jour
- fièvres à 39°5 et empatement iliaque droit au 6ème jour

Réintervention au 8ème jour; le 19 septembre pour abcès profond

- par voie médiane : abcès sous coecal, au voisinage du moignon qui n'est pas rompu
- évacuation, toilette, A.B., 1 drain dans le Douglas, 1 drain, 1 drain iliaque droit

Suites :

- simples
- guérison

OBSERVATION n°11

Mr CAR... Paul 58 ans

Opéré le 27 Janvier 1959 pour hernie obturatrice gauche étranglée.

C.R.C. (Dr V)

- hernie obturatrice avec anse sphacélée
- résection de l'anse (10 cm), anastomose au bouton de Murphy
- A.B. locaux, lame de Pauchet au contact de l'anastomose

Suites :

- difficiles, aspiration jusqu'au 8ème jour permettant une alimentation par sonde.
- transit repris le 6ème jour, mais fièvre persistante
- écoulement séro purulent par le drain et défense iliaque gauche

Réintervention au 16ème jour, le 12 février 1959 pour collection intra péritonéale

- par incision latérale gauche, évacuation d'une grosse collection de pus filant dans le Douglas
- 1 drain (l'anastomose semble normale)

Décès 15 jours après la deuxième intervention.

CHAPITRE V

LES OCCLUSIONS POST OPERATOIRES : O.P.O

=====

FREQUENCE

Nous faisons état de 28 O.P.O ayant toutes conduit à une réintervention précoce, ce qui représente 21% des réinterventions et 0,2% de la totalité des interventions de chirurgie abdominale de notre statistique.

ETIOLOGIE - INTERVENTION INITIALE

Par ordre de fréquence décroissante elles sont survenues après :

- = 9 interventions portant sur le colon et le rectum :
 - amputation abdominopérinéale 6
 - colectomie segmentaire gauche 1
 - Hartmann 1
- = 6 appendicectomies
- = 5 interventions gynécologiques :
 - hystérectomie totale 2
 - hystérectomie sub totale 2
 - salpingectomie 1
- = 3 interventions portant sur le rôle
- = 3 interventions portant sur l'estomac et le duodénum
 - vagotomie + gastroentérostomie 1
 - gastrectomie sub totale 1
 - suture 1
- = 2 interventions portant sur les voies biliaires

On remarque que 23 O.P.O. sur 28 sont survenues après des interventions portant sur l'étage sous mésocolique et notamment sur le colon, le rectum, l'appendice et l'utérus.

CLASSIFICATION

== Nous avons classé les 28 O.P.O de cette statistique selon le schéma anatomique de notre maître GERMAIN, ce qui nous fait distinguer :

I - LES OCCLUSIONS PARALYTIQUES PURES 5

où la réintervention, proposée à tort devant l'échec d'une réanimation en règle insuffisante, ne retrouve aucun obstacle mécanique ou inflammatoire.

II - LES OCCLUSIONS MECANIQUES PURES 15

où la réintervention met en évidence un obstacle localisé : bride, condure, volvulus, obstacle responsable de l'arrêt du transit.

III - LES PERITONITES PLASTIQUES ADHESIVES SANS ABCES ... 3

où la réintervention met en évidence une occlusions non inflammatoire en rapport avec une agglutination diffuse des anses intestinales par des adhérences multiples et serrées.

IV - LES PERITONITES PLASTIQUES ADHESIVES AVEC ABCES MULTIPLES

OU UNIQUE 5

qui sont des occlusions mixtes inflammatoires et mécaniques définies par GERMAIN comme des placards adhérentiels donnant des foyers occlusifs étages, emprisonnant des abcès, s'accompagnant d'une distension abdominale importante et de liquide réactionnel intrapéritonéal : "le processus occlusif étant double : mécanique par coudure de l'intestin, paralytique par oedème et inflammation de la paroi".

== Satisfaisante pour l'esprit, cette classification distinguant 4 états occlusifs comportant en principe des tableaux cliniques, radiologiques, évolutifs et thérapeutiques différents, ne fait pas ressortir les difficultés souvent inextricables pour les dissocier cliniquement avant l'intervention. Les deux derniers groupes ne pouvant le plus souvent être définis qu'anatomiquement, c'est à dire à postériori.

== En fait, en pratique, un seul problème pour le chirurgien: la distinction entre l'occlusion paralytique pure qui doit être traitée médicalement et l'occlusion mécanique ou mixte qui impose la réintervention plus ou moins urgente.

LES OCCLUSIONS PARALYTIQUES PURES : 5

== Affirmer ce diagnostic est souvent très difficile ce que soulignent la majorité des auteurs.

== Nous sommes d'ailleurs réintervenus à tort cinq fois pour des occlusions fonctionnelles pures.

I - TOUS LES SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES PEUVENT ETRE EN DEFAUT, ainsi nous notons :

- 5 fois une absence de reprise du transit avec météorisme progressif, malgré l'aspiration et la réanimation;

- 3 fois un tableau fébrile associé aux troubles du transit (obs.2.4.5.)

- 2 fois l'existence de niveaux liquides sur le grêle (obs.1.2)

- une fois le mauvais fonctionnement d'une colostomie gauche après amputation abdomino périnéale à 2 équipes;

- par contre dans aucune de nos observations nous n'avons relevé l'existence de douleurs abdominales évoluant sur le mode paroxystique.

II - EN FAIT, CONFRONTATION D'UN CERTAIN NOMBRE D'ARGUMENTS

doit permettre de différencier de tels états, évitant une réintervention immédiate en accordant une expectative plus longue (nos 5 cas ont été réopérés entre le 6ème et le 11ème jour).

1°- Arguments étiologiques : comme le proposent GUENIN, CALVET LEVY-LEHMANN, on peut accorder une certaine valeur au type de l'intervention initiale :

- en chirurgie abdomino pelvienne ne comportant pas d'ouverture intestinale septique, les occlusions mécaniques vraies semblant plus fréquentes, la réintervention peut être décidée plus rapidement.

- en chirurgie sous mésocolique avec ouverture du tube digestif quelques jours d'attente peuvent être accordés pour que se définissent les signes d'occlusion.

- en chirurgie post appendiculaire on peut attendre plus longtemps que se précisent les signes de collection surtout en cas de péritonite appendiculaire.

2°- arguments cliniques : EDELMANN insiste sur :

- l'existence d'un syndrome occlusif progressif sans intervalle libre faisant suite à l'ileus post opératoire normal des deux premiers jours;

- l'existence d'une sensation gênante de distension abdominale sans douleurs paroxystiques;

3°- arguments radiologiques : OLIVIER accorde avec beaucoup d'autres chirurgiens une grande valeur :

- à la présence simultanée d'aéroilée et d'aérocolie sur un même cliché

- à la progression sur des films successifs de l'aéroilée qui diminue en même temps qu'apparaissent des signes aérocolies.

4°- arguments thérapeutiques et évolutifs :

a) toute occlusion post opératoire doit entraîner une réanimation hydro-électrolytique massive dont certains comme SETBON et LEGRAIN en font un test thérapeutique; test qui doit systématiquement comporter :

- la correction en priorité de toute hypovolémie en se méfiant des surcharges chez les hypertendus et le vieillard,

- une aspiration digestive gastrique plutôt que transpylorique à la sonde à mercure,

- des perfusions glucido-hydro-électrolytiques administrées sans timidité, permettant de couvrir les pertes, de rattraper le retard en se fondant sur les ionogrammes sanguins et urinaires.

b) ce test de guérison étant marqué :

- par la polyurie toujours en avance sur la reprise du transit,

- par le fait que l'aspiration digestive gastrique (la seule ayant un intérêt diagnostique) voit son volume diminuer en même temps que la couleur du liquide passe du vert au clair,

- par l'élévation de la natrurie confirmant l'augmentation de la natrémie.

c) ce test a une valeur considérable tout en sachant

- qu'une réanimation correcte peut masquer des lésions anatomiques graves (elle est indispensable même si l'on doit réintervenir d'ailleurs dans de meilleures conditions) et ne doit pas être poursuivie au delà d'un jour ou deux s'il n'existe aucune reprise du transit,

- qu'un iléus paralytique pur qui se prolonge peut, par l'abondance du liquide stagné dans l'intestin, se transformer en iléus mécanique par capotage et condure de l'anse.

OBSERVATIONS DES OCCLUSIONS FONCTIONNELLES

PURES

=====

OBSERVATION n°1 :

Mme BOI... Yvonne 75 ans

Opérée le 14 octobre 1966 pour cancer du corps utérin : hystérectomie totale.

C.R.O. (Dr V)

malade très grasse nombreuses adhérences (cholécystectomie antérieure)
hystérectomie subtotale totalisée
drainage vaginal, bonne péritonisation

Suites :

syndrome occlusif peu fébrile sans reprise du transit avec niveau
- liquide à la radio au 6ème jour
- pas de douleurs abdominales

Réintervention au 7ème jour, le 21 octobre 1966 pour occlusion

- pas de liquide péritonéal, aucun obstacle sur le grêle qui est dilaté dans son ensemble
- on referme en un plan bourdonnets sur la peau

Suites :

- reprise du transit tardive au 8ème jour, malgré la réanimation intensive.
- guérison

OBSERVATION n°2 :

Mme MAR...Gisèle 33 ans

Opérée le 10 mai 1957 pour fibrome

C.R.O. (Dr V)

utérus fibromateux avec salpingite bilatérale

- hystérectomie subtotale avec castration bilatérale et appendicectomie
- fermeture sans drainage

Suites :

- fébriles avec météorisme progressif
- pas de reprise du transit au 5ème jour
- niveaux liquides

Réintervention au 6ème jour, le 16 mai 1957 pour occlusion
- aucun obstacle retrouvé : iléus paralytique
- vidange du grêle grâce à la sonde gastrique poussée jusqu'à dans les 50 premiers centimètres du jejunum.

Suites :

- guérison grâce à la réanimation post-opératoire

OBSERVATION n°3 :

Mr CCR... Paul 57 ans

Opéré le 16 janvier 1961 pour lithiase vésiculaire

C.R.C. (Dr V)

- découverte en per opératoire d'une importante hernie hiatale
- cholécystectomie rétrograde, radiomanométrie normale
- cure de la hernie hiatale: rapprochement des piliers et reconstitution de l'angle de HIS

Suites :

- réintervention au 11ème jour, le 27 janvier 1961 pour occlusion : grêle et colon dilatés, pas d'obstacles, pas de liquide intrapéritonéal

Suites :

- au 3ème jour : selles, ventre souple, pas de température, mais effondrement de l'E.G., diminution de la diurèse
- au 6ème jour : l'oligurie persiste et s'accroît, les désordres hydro-électrolytiques : (hyperkaliémie, hyperazotémie et acidose), font placer le malade au rein artificiel pour épuration.
Décès 24 heures plus tard dans un collapsus irréversible.
- à la vérification : l'iléus paralytique persiste, sans obstacle, mais accompagné d'une péritonite sans perforation.

OBSERVATION n°4 :

Mr LCP... Severino 26 ans

Opéré le 26 septembre 1964 pour ulcère duodénal

C.R.C. (Dr B)

- vagotomie suivie de gastro entérostomie

Suites :

- au 2ème jour, diarrhée importante avec signes de déshydratation, météorisme débutant, on maintient l'aspiration.
- au 5ème jour, le météorisme s'accroît, fièvre à 39°5.

1ère réintervention : au 6ème jour le 2 octobre 1964

- pas de liquide péritonéal, suture normale, pas d'obstacle sur le grêle mise en place d'une sonde dans l'estomac et d'une autre dans l'anse efférent.

Suites :

- au 9ème jour, embolie pulmonaire, imposant un traitement hépariné et le décubitus dorsal
- au 14ème jour, douleurs abdominales, niveaux liquides à la radio

2ème réintervention au 15ème jour, le 17 octobre 1964 pour occlusion.

Après 24 heures d'aspiration;

- nombreuses adhérences accolant les anses grêles
- libération difficile laissant des larges zones dépéritonisées
- noble partiel portant sur les 2/3 inférieurs du grêle

Suites :

- normales, reprise du transit au 5ème jour
 - quitte la clinique au 27ème jour
 - nouvelle occlusion 4 mois plus tard pour lâchage du Noble avec incarceration d'anses grêles dans les brèches de montage totalisation du Noble.
- finaleme nt guérison

OBSERVATION n°5 :

Mr MAZ... Georges 69 ans

Opéré le 5 août 1957 pour cancer de l'ampoule rectale : grosse tumeur infiltrante située à 18 cm de l'anus.

C.R.C. (Dr V)

- amputation abdomino périnéale à deux équipes
- pas de difficultés techniques en dehors de la difficulté du décollement antérieur
- Bonne péritonisation. Gros drain, quatre mèches dans la cavité sacrée.

Suites :

- au 3ème jour : abdomen tendu, l'aspiration donne moins de 200 cm³
- pas de fonctionnement de l'anus gauche, fièvre à 38°5
- 6ème jour : l'aspiration ne ramène pratiquement rien, important météorisme, l'anus ne fonctionne toujours pas. On intervient craignant une malfaçon au niveau de la colostomie.

Réintervention au 6ème jour : aucune cause retrouvée pouvant expliquer l'occlusion, pas de liquide péritonéal, pas de pus, calibre du grêle normal, mais énorme dilatation du transverse.

- Intubation de l'anus G par une sonde de Pezzer, pas d'obstacle, issue de gaz sans matière, la sonde est fixée et laissée en place.

Suites :

- fièvre, altération de l'E.G., perturbations métaboliques mineures : légère acidose bien compensée grâce à la réanimation.

Décès 18 jours après la première intervention.

LES OCCLUSIONS MECANIQUES PURES : 5

=====

DIAGNOSTIC

I - DATE SURVENUE

== Classiquement d'apparition retardée entre le 10ème et le 20ème jour (25 cas sur 33 pour YOVANOVITCH) six de nos 15 cas correspondent à ce délai d'apparition (Obs.n°1.4.5.8.12.13).

== Quelquefois plus précoces entre le 5ème et le 10ème jour (Obs.n°2.3.7.9.10)

== Beaucoup plus rarement immédiates et en règle sans reprise du transit (obs.n°6.11.14.15)

II - INTERVALLE LIBRE - ARRET DES MATIERES ET DES GAZ :

== L'existence d'un intervalle libre succédant à une reprise nette du transit nous semble un signe majeur et constant puisque indiscutable dans 9 de nos observations.

== Dans les 6 autres cas, on ne peut en faire état soit que l'occlusion soit survenue avant la reprise normale du transit (4 cas) soit après une reprise peu nette et discutable.

III - LES DOULEURS ABDOMINALES PAROXYSTIQUES : sont un des signes fondamentaux de l'occlusion mécanique post opératoire.

== Dans 9 de nos observations elles ont contribué à poser l'indication de la réintervention.

== Nous excluons, parmi les ~~six~~ autres cas où elles étaient absentes deux observations où l'occlusion était due à un dysfonctionnement de l'anوس terminal (obs.n°11.12)

IV - LES IMAGES HYDROAERIQUES

signe de moins grande valeur et moins constant puisque présent dans sept de nos observations, a surtout contre lui le fait de pouvoir exister dans la plus banale des occlusions paralytiques pures.

V - LE LAVEMENT BARYTE enfin, nous a permis une fois de poser l'indication opératoire devant le dysfonctionnement d'une colostomie gauche terminale selon le procédé de LOYGUE en montrant le défilé du colon gauche strangulé par une gangue de sclérose (obs.12)

ETIOLOGIE : son étude permet d'opposer :

I - 9 OCCLUSIONS succédant à des interventions où l'on peut mettre en cause avec plus ou moins de certitude :

- soit le diagnostic opératoire
- soit l'indication
- soit la technique chirurgicale

1° - Diagnostic opératoire 1 (obs.15)
nécrose du grêle par infarctus mésentérique ignorée chez un malade opéré la veille d'appendicite (appendice normal)

2° - Indications 2 (obs.13.14)
deux réintégrations d'anse douteuse strangulée ayant plus ou moins réagi à l'épreuve du sérum chaud et la novocaïnisation mésentérique (notamment l'observation n°14) et ayant abouti au sphacèle.

3° - Technique 6
a) défaut de péritonisation : 4
- adhérence au niveau d'un pédicule lombo ovarien non péritonisé après hystérectomie totale (obs.n°2)
- anse incarcérée dans la fente rétro anastomotique après FINSTERER pour ulcère (obs.n°5)

- anse incarcerated dans une brèche de la péritonisation après amputation abdomino périnéale à 2 équipes (obs.n°6)

- anse adhérente à une surface non péritonisée après amputation abdomino périnéale à deux équipes.

b) défaut de confection d'anus gauche terminal, après amputation du rectum 2

- l'un par invagination de l'anus (obs.n°11)

- l'autre beaucoup plus discutable par strangulation du colon gauche (sous péritonéalisé selon la technique de LOYGUE) par une gangue scléro inflammatoire.

II - 6 OCCLUSIONS où l'on peut éliminer de façon formelle de toute erreur ou malfaçon lors de l'intervention première

- une adhérence pariétale (obs.n°1)

- un volvulus autour d'une adhérence pariétale (obs.n°3)

- deux strangulations sur bride (obs. n°4-10)

- volvulus sur adhérence à une suture (obs.n°8)

- un infarcissement d'une anse grêle après amputation du rectum (obs. n°9)

Cette étude analytique des occlusions mécaniques pures met en évidence le rôle majeur de la technique chirurgicale et de la péritonisation dans la chirurgie abdominale, puisque plus de 50% des occlusions mécaniques de notre statistique ont compliqué une malfaçon de la première intervention, et parmi ces 50%, la moitié est due à un défaut de péritonisation.

OBSERVATIONS LES OCCLUSIONS MECANIQUES PURES

=====

OBSERVATION n°1 :

Mme CHE... Irène 35 ans

Opérée le 15 novembre 1958, pour pyosalpinx bilatéral

C.R.O. (Dr B)

- trompes énormes gonflées de pus, nombreuses adhérences
- hystérectomie subtotale
- péritonisation difficile (péritoine postérieur cartonné)
- accollement colo-vésical
- 1 drain

Suites :

- 4ème jour : apyrexie, reprise du transit normal
- au 10ème jour : occlusion non fébrile avec niveaux liquides à la radio

Réintervention au 13ème jour pour occlusion

- adhérence serrées du grêle à la paroi
- libération, Noble partiel par surjet au lin

Suites:

- normales
- guérison
- quitte la clinique au 20ème jour

OBSERVATION n°2 :

Mme REU... Marie-Thérèse 65 ans

Opérée le 19 décembre 1964 pour pyosalpinx à forme occlusive

C.R.C. (Dr B)

- énorme pyosalpinx droit avec abcès intercolosalpingien, sigmoïde très inflammatoire
- hystérectomie totale, drain vaginal, appendicectomie complémentaire.

Suites :

- apyrexie au 3ème jour
- 6ème jour, pas de reprise du transit, météorisme, fièvre à 38°
- 7ème jour, niveaux liquides à la radio

Réintervention au 8ème jour le 26 décembre 1964 pour occlusion.

- adhérence du grêle au niveau du pédicule lombo-ovarien droit, non péritonisé
- libération de l'anse, entéromie de vidange, lame au contact du décollement.

Suites :

Décès à la 48ème heure.

OBSERVATION n°3 :

Mr HCP... Georges 57 ans

Opéré le 24 septembre 1965, pour lithiasé vésiculaire avec stictère

C.RO (Dr V)

- cholécystectomie antérograde, exploration du cholédoque par cholédo-cotomie ramenant de la boue biliaire, dilatation de l'Oddi au dilatateur
- mise en place d'un drain de Kehr permettant une R.M.B. normale
- drainage sous-hépatique controlatéral

Suites :

- normales jusqu'au 5ème jour : défervescence reprise du transit
- au 9ème jour : douleurs abdominales paroxystiques, météorisme, niveaux liquides sur le grêle

Réintervention au 10ème jour pour occlusion

- volvulus du grêle autour d'une adhérence à la paroi périombilicale
- section de la bride, vidange du grêle par entérotomie

Suites :

- reprise du transit au 5ème jour
- guérison
- quitte la clinique 30 jours après la première intervention

OBSERVATION n°4 :

Mr BOI... Michel 32 ans

Opéré le 12 Juillet 1966, pour perforation d'ulcère gastrique

C.R.C. (Dr B)

- liquide bouillon sale en quantité importante intra-péritonéale, perforation lenticulaire du versant gastrique du pylore
- suture, toilette, A.B. locaux, fermeture sans drainage

Suites :

- aspiration duodénale supprimée au 4ème jour
- selle le 5ème jour
- défervescence progressive et lente sous A.B. avec poussée thermique à 39° le 9ème jour due à une congestion pulmonaire de la base droite
- syndrome occlusif net avec douleurs abdominales paroxystiques et arrêt des matières et des gaz le 30ème jour.

Réintervention le 11 août 1966, pour occlusion

- strangulation d'une anse grêle par une bride inflammatoire
- libération de la bride, réintégration de l'anse viable

Suites simples :

Guérison

OBSERVATION n°5 :

Mr FLO... Anatole 63 ans

Opéré le 27 avril 1964, pour ulcère du pylore sténosant

C.R.C. (Dr P)

- ulcères calleux, intimement adhérent à la tête du pancréas
- gastrectomie selon FINSTERER, fermeture difficile du moignon duodénal
- anastomose transmésocolique isopéristaltique
- drainage par contre-incision droite.

Suites :

- simples, quitte la clinique au 12ème jour
- réhospitalisation le 19 mai pour syndrome abdominal aigu très douloureux

Réintervention le 22 mai 1964, 25 jours après la 1ère intervention pour occlusion

- étranglement intestinal d'une anse incarcérée dans la fente rétro-anastomotique
- détorsion, fermeture de la brèche rétro-anastomotique
- fermeture en 2 plans : nylon sur l'aponévrose-péritoine, agrafes sur la peau

Suites :

- au 7ème jour : infection broncho-pulmonaire
- au 12ème jour : début d'éviscération

Réinterventions au 14ème jour le 5 juin 1964 pour éviscération :

- fermeture en 2 plans : crins aponévrose, crins peau

Suites :

- guérison, quitte la clinique tard.

OBSERVATION n°6

Mr CFA... Octave 59 ans

Opéré le 26 novembre 1964, pour cancer du rectum siégeant à 4 cm de la marge anale.

C.R.C. (Dr B)

- amputation abdomino-périnéale à 2 équipes
- bonne péritonisation aux points séparés
- colostomie terminale gauche
- drainage (4 drains de Redon dans concavité sacrée)

Suites :

- au 4ème jour : douleurs hypogastriques, niveaux liquides sur le grêle
- météorisme, pas de fièvre.

Réintervention au 5ème jour pour occlusion le 30 novembre 1964

- anse grêle incarcerated et engagée (sur 40 cm) dans une brèche de la péritonisation
- désenclavement, anse viable réintégrée, fermeture de la brèche

Suites

- au 4ème jours : selles par l'anوس, excellent E.G., quitte la clinique au 18ème jour
- guérison

OBSERVATION n°7 :

Mr B.R... Henri 67 ans

Opéré le 1er décembre 1961, pour cancer du rectum situé à 8 cm de la marge anale.

C.R.O. (Dr V)

- amputation abdomino-périnéale à 2 équipes, pas de difficulté notable péritonisation difficile à gauche (carton)
- 4 Redons dans la concavité sacrée.

Suites

- après fonctionnement de la colostomie gauche, au 7ème jour, arrêt des gaz, vomissements, météorisme et douleurs vives iliaques gauche.

1ère réintervention le 10 décembre 1961, soit le 10ème jour pour occlusion;

- anse intestinale accolée au niveau du défaut de péritonisation avec dilatation du grêle en amont
- libération, A.B. locaux

Suites :

- extériorisation d'une fistule du grêle par l'incision médiane 21 jours plus tard
- essai de traitement médicale, réanimation hyperprotidique, placenta-fil local échec

2ème réintervention le 26 février 1962, 45 jours après le début de la fistule du grêle

- 2 anses accordées et fistulisées à la paroi
- résection de 50 cm de grêle suivie de suture termino-terminale en un plan
- fermeture cutanée difficile
- guérison quitte la clinique au 60ème jour

OBSERVATION n°8 :

Mr CCU... Marcel 65 ans

Opéré le 26 juin 1959 pour cancer du sigmoïde

C.R.O. (Dr B)

- cancer du sigmoïde opéré en occlusion, 15 jours auparavant et traité pour anus transverse

- colectomie segmentaire, suivie d'anastomose termino-terminale en 2 plans
- fermeture de l'anus transverse 30 jours plus tard le 24 juillet 1959

Suites :

- simples, après reprise nette du transit
- signes d'occlusion manifeste avec niveaux liquide au 10ème jour

Réintervention au 11ème jour, le 4 août 1959

- volvulus d'une anse grêle dont le sommet est adhérent à la suture du colon transverse
- libération purulente, détorsion
- résection de l'anse grêle perforée au cours de manoeuvres anastomose termino-terminale

Suites :

- selles au 3ème jour
- guérison

OBSERVATION n°9 :

Mme IOU... Georgette 58 ans

Opérée le 27 septembre 1959, pour cancer du rectum

C.R.O. (Dr V)

amputation abdomino-périnéale à deux équipes. Aucune difficulté opératoire signalée. Bonne péritonisation, une mèche, un drain dans la concavité sacrée.

Suites :

- simples jusqu'au 4ème jour, excellent fonctionnement de l'anus
 - puis à partir du 4ème jour, malade nauséeux, la colostomie ne fonctionne plus malgré les lavements répétés, l'urée sanguine s'élève à 1g 10 en même temps que la diurèse s'abaisse au-dessous de 500 cm³.
- 7ème jour : important météorisme météorisme abdominal, aggravation de l'état général, un niveau liquide dans le pelvis à la Rx, on décide alors la réintervention malgré le mauvais E.G.

Réintervention au 8ème jour :

- existence d'une anse grêle dans le fond du Douglas parfaitement libre mais d'aspect violacé, fait penser à un infarctus mésentérique
- l'état alarmant de la malade oblige au minimum : infiltration de novocaïne du méso qui semble améliorer la couleur de l'anse
 - fermeture sans drainage

Suites :

Décès quelques heures plus tard

OBSERVATION n°10 :

Mr LEM...Eugène 30 ans

Opéré le 2 août 1958, pour appendicectomie

C.R.O. (Dr V)

- appendice rouge, tendu de pus, mais non perforé
- appendicectomie avec enfouissement, pas de drainage

Suites :

- pas de reprise nette du transit, selles, mais pas de gaz. Température normale, niveau liquide à la radio sans préparation, léger météorisme.

Réintervention au 7ème jour :

- bride coudant l'avant dernière anse iléale avec anses grêles distendues en amont, et petit foyer purulent au niveau de la zone d'enfouissement
- libération de la bride, assèchement du péritoine, mise en place d'un drain

Suites simples :

- reprise du transit 3 jours plus tard
- quitte la clinique le 20ème jour

OBSERVATION n°11 :

Mr LEF...Jean 64 ans

Opéré le 14 mars 1966, pour cancer de la charnière recto-sigmoïdienne

C.R.O. (Dr V)

- opération de Hartmann
- difficulté lors de la colostomie gauche

Suites :

- selles par la colostomie au 3ème jour
- début d'invagination de la colostomie

Réintervention le 23 mars 1966 au 9ème jours pour invagination de la colostomie terminale pyostercorale et menace de péritonite fécale

- évacuation de l'abcès
- avivement de la brèche pariétale
- décollement colo-pariétal permettant une colostomie "souple", ne tirant pas
- un drain, une lame dans le décollement

Suites simples :

Guérison

OBSERVATION n°12 :

Mr AUV...André 59 ans

Opéré le 24 janvier 1964, pour cancer du rectum situé à 5 cm de la marge anale.

C.R.O. (Dr V)

- amputation abdominale périnéale à 2 équipes
- terminée par un anus iliaque gauche, tunnellisation du colon gauche, selon le procédé de Loygue.

Suites difficiles :

- crise de délirium le 8ème jour
- l'anus fonctionne de manière défectueuse, jusqu'au 16ème jour
- arrêt total du fonctionnement le 19ème jour, le lavement baryté par l'anus, montre une striction du colon gauche sous péritonialisée.

Réintervention au 21ème jour le 14 février 1964, pour défaut de fonctionnement de l'anus.

- libération du colon gauche strangulé
- intubation de l'anus qui fonctionne immédiatement

Suites :

Guérison au prix d'une cure d'éventration

OBSERVATION n°13 :

Enfant TER...José 11 ans

Opéré le 25 avril 1965 pour occlusion datant de 24 H (appendicectomie deux ans auparavant).

C.R.O. (Dr V)

- volvulus du grêle sur bride siégeant 15 cm en amont de l'angle iléocolic
- section de la bride, l'anse revenant bien sous sérum chaud et novocaïne,
- réintégration de l'anse qui semble viable

Suites :

- 3ème jour : malade apyrétique, quelques gaz, mais pas de selles
- 4ème jour : fièvre à 39°, toujours pas de reprise nette du transit
- on continue la réanimation et l'aspiration digestive avec une nette amélioration : petite selle le 8ème jour, apyrexie le 10ème jour
- le 11ème jour : à nouveau fièvre à 39°, météorisme, douleurs F.I.D.

Réintervention le 7 mai 1965 pour occlusion, soit au 11ème jour

- multiples perforations du grêle sur 80 cm environ avec collection de matières fécales et de pus imposant une résection large
- section du méso rendue difficile par l'odème et les adénopathies, anastomose termino-terminale en 2 plans, points séparés

- drainage par contre-incision droite : 1 lame - 1 drain

Suites :

- difficiles : deux hématémèses successives deux jours après la réintervention
- suppression de l'aspiration et du drain au 5ème jour devant l'apyrexie et la reprise du transit
- quitte la clinique le 25ème jour, guérison malgré une nouvelle réintervention pour occlusion deux mois plus tard.

OBSERVATION n°14 :

Mme de la TUL... Françoise 58 ans

Opérée le 26 juillet 1960, pour occlusion du grêle

C.R.O. (Dr V)

- anse grêle bloquée et incluse sous le ligament rond (ancien Doléris pour rétroversion)
- réintégration après épreuve au sérum chaud et novocaïnisation d'une anse douteuse avec un point sphacélique de la taille d'une pièce de 1 franc.

Suites :

- fièvre malgré les A.B.
- douleur sus-pubienne au 3ème jour avec altération de l'E.G.
- pas de gaz

Réintervention au 4ème jour, le 30 juillet 1960, pour sphacèle secondaire de l'anse :

- l'anse est violette, paralysée
- accentuation du point sphacélique, mais pas de perforation
- résection du grêle, suivie d'anastomose termino-terminale en un plan

Suites simples :

- guérison
- quitte la clinique au 20ème jour

OBSERVATION n°15 :

Mr GIR... Henri 69 ans

Opéré le 23 août 1965, pour appendicite aiguë

C.R.O

- appendice normal
- ectomie sans enfouissement

Suites : le lendemain

- aggravation considérable de l'E.G. avec signes de choc
- douleur abdominale violente

Réintervention : le lendemain

- nécrose de la totalité du grêle par infarctus du mésentère avec nombreuses perforations.
- on se contente de refermer

PERITONITES PLASTIQUES ADHESIVES : 8

=====

Les plus fréquentes après les occlusions mécaniques pures :

- 3 étaient accompagnées d'abcès
- 5 n'étaient pas accompagnées d'abcès

DATE DE SURVENUE

== Classiquement plus précoces que les occlusions mécaniques
YOVANOVITCH en dénombre 56 sur 62 survenues entre le 5ème et le 10ème
jour contre 6 dans les 5 premiers jours.

== Sept sur huit de nos occlusions mixtes sont survenues
entre le 5ème et le 10ème jour, contre une au 15ème jour.

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

Elles sont particulièrement intéressantes puisque :

A/ La majorité survient après une opération septique : 7 sur 8

1° - 4 appendicites aiguës dont :

- 1 abcès périappendiculaire (obs.n°2)
- 1 perforation appendiculaire per opératoire
(obs. 1 bis)
- 1 péritonite par perforation appendiculaire
(obs. 2 bis)
- 1 appendicite aiguë simple (obs.3)

2° - 1 annexite avec péritoine cartonnée (obs. 3 bis)

3° - 1 amputation abdomino périnéale avec difficulté
de péritonisation

4° - 1 hémicolectomie droite pour invagination sur
tumeur coecale

B/ Alors que dans un seul cas il ne s'agissait pas d'intervention septique (obs. 5bis) : incarceration d'une anse grêle dans une brèche du ligament large.

Ces constatations nous permettent de conclure sur le rôle prépondérant des infections aiguës qui font perdre à la séreuse péritonéale son rôle de glissement.

CLINIQUE

A/ Le tableau clinique commun : est malheureusement beaucoup moins spécifique et les signes qui nous ont amenés à la réintervention sont disparates et dissociés :

1° - la fièvre : existait dans 5 cas de nos 8 observations associées :

- dans 3 cas, à un météorisme progressif
- dans 1 cas à des niveaux liquides
- dans 1 cas à une contracture abdominale

2° - l'absence de reprise nette du transit existait dans 6 de nos 8 observations, alors que dans les 2 autres cas, le transit avait été repris d'une manière indiscutable.

B/ Quant à différencier cliniquement les cas où existait ou non un abcès associé à la péritonite occlusive

== "Nous nous avouons incapables de faire cliniquement le diagnostic exact et précis de tels états occlusifs" EDELMANN.

== Le climat évolutif de ces occlusions nous semble, quant à nous, plus constamment fébrile dans les péritonites adhésives avec abcès, puisque la fièvre est mentionnée dans nos 3 observations.

OBSERVATIONS DES PERITONITES PLASTIQUES

ADHESIVES avec ARCS

OBSERVATION n°1 :

Mr FRA... Robert 56 ans

Opéré le 10 octobre 1959 pour cancer du rectum

C.R.O. (Dr V)

- cancer siegeant à 13 cm de la marche anale à la rectoscopie
- amputation abdomino périnéale à 2 équipes difficile : grosse tumeur adhérente au plan antérieur
- péritonisation difficile utilisant les bords latéraux du colon gauche
- 1 lame de Pauchet, 1 drain dans la concavité sacrée

Suites :

- au 4ème jour, selles par la colostomie
- au 7ème jour, fièvre oscillante
- au 8ème jour, météorisme, pas de selles

Réintervention au 10ème jour, le 20 octobre 1959

- abcès volumineux cloisonné par des anses grêles accolées

Suites simples, mais défervescence lente.

Guérison

OBSERVATION n°2 :

Mr GIC... Lionet 22 ans

Opéré le 11 mars 1967 pour appendicite aigüe

C.R.O. (Dr B)

- abcès péri appendiculaire, appendice rétro coecal non perforé
- ectomie avec enfouissement, A.B., 1 drain

Suites :

- au 5ème jour : occlusion fébrile : pas de reprise du transit malgré les A.B., aspiration et perfusions
- nombreux niveaux sur la radio du 6ème jour

Réintervention au 7ème jour, le 18 mars 1967

- abcès mésocoeliaque plongeant dans le Douglas, nombreuses adhérences sur le grêle très distendu
- évacuation de l'abcès, entérotomie de vidange
- plicature du grêle selon la technique de CHILDS

Suites :

- apyrexie en 3 jours
- reprise du transit au 5ème jour
- guérison

OBSERVATION n°3 :

Enfant ESN... Nadia 10 ans

Opérée le 10 juillet 1965 pour appendicite aigüe

C.R.O. (Dr B)

- appendice inflammatoire, pas de Meckel
- ectomie avec enfouissement

Suites :

- fièvre oscillante, malgré les antibiotiques
- au 6ème jour contracture sous ombilicale

Réintervention au 7ème jour pour abcès intra péritonéal :

- sérosité péritonéale louche
- anses agglutinées circonscrivant un abcès en regard de la bourse d'enfouissement du coecum
- toilette soigneuse, A.B. locaux, drainage par lame de Pauchet jouxtant le coecum.

Suites :

- apyrexie au 2ème jour
- ablation du drain le 7ème
- guérison

OBSERVATIONS DES PERITONITES PLASTIQUES

=====

ADHESIVES sans ABCES

=====

OBSERVATION n°1 bis :

Mr FAL... François 21 ans

opéré le 6 octobre 1963 pour appendicite aiguë

C.R.O. (Dr B)

- appendice mésocoliaque non perforé, adhérent
- ectomie difficile au cours de laquelle l'appendice, gorgé de pus se perforé
- ectomie avec enfouissement, toilette, A.B., pas de drainage

Suites :

- occlusion peu fébrile avec diarrhée à partir du 6ème jour

Réintervention au 9ème jour le 15 octobre 1963

- iléus paralytique
- ilectomie de vidange, lame de Pauchet, aspiration

Suites :

- au 5ème jour : reprise du transit, ablation de l'aspiration qui ramène en moyenne 2000 cm³
- au 6ème jour : douleur abdominale vive et brutale, vomissements, météorisme important, niveaux liquides

2ème réintervention au 6ème jour, le 21 octobre 1963 pour occlusion.

- adhérences serrées bridant un grêle énorme, anses dépolies
- Noble partiel (les 2/3 du grêle) devant l'altération de l'état du malade pendant l'intervention.

Suites :

- troublées les premiers jours par diarrhée +++
- finalement guérison.

OBSERVATION n°2 bis :

Mr BIR... Léon 56 ans

Opéré le 5 juin 1957 pour péritonite appendiculaire.

C.R.O. (Dr B)

- par voie iliaque droite
- pus abondant dans la grande cavité

- appendice sous hépatique perforé
- ectomie très difficile, méso-appendice impossible à ligaturer, une mèche, deux drains.

Suites

- reprise tardive du transit et très incomplète avec météorisme progressif
- fièvre à 38°8 à partir du 5ème jour, avec augmentation du météorisme.

Réintervention le 12 juin 1957, soit au 7ème jour pour occlusion post-opératoire.

- pas de liquide péritonéal, énorme dilatation du grêle avec adhérences serrées au niveau des dernières anses.
- vidange du grêle par ponction, NOBLE partiel des dernières anses après libération, en raison du mauvais état général du malade.

Suites :

- persistance de l'occlusion malgré l'aspiration et la réanimation entraînant une

2ème réintervention le 22 juin 1957, soit 10 jours après la première :

- multiples adhérences au niveau du grêle, non plicaturé
- libération prudente entraînant huit perforations suturées immédiatement.
- totalisation du NOBLE
- Décès quelques heures plus tard.

OBSERVATION n°3 bis

Mme LAB... Gisèle 26 ans

Opérée le 22 avril 1960 pour annexite droite

C.R.O. (Dr B)

- décollement difficile de l'annexe droite, les ligaments sont cartonnés
- salpingectomie, 1 drain.

Suites :

- ablation du drain au 5ème jour, syndrome occlusif ne cédant pas au traitement médical;
- aspiration, perfusions intra veineuses.

Réintervention au 12ème jour, le 5 mai 1960 pour occlusion :

- agglutination d'anses sur le trajet du drain
- libération simple

Suites :

- simples, selles au 2ème jour
- guérison

OBSERVATION n°4 bis :

Enfant FAI... Didier 6 ans,

Opéré le 2 septembre 1963 pour invagination chronique (datant de 3 mois) sur tumeur coecale : lymphosarcome

C.t.C. (Dr B)

- localisation sous hépatique au lavement
 - désinvagination facile, mais il existe une tumeur coecale avec importante adénopathie inflammatoire dans le mésentère.
- On décide une colectomie droite partielle enlevant les 30 derniers centimètres de l'iléon et les 2/3 du colon droit
- anastomose termino terminale en un plan
 - péritonisation, un drain dans le décollement

Suites :

- normales
- transit repris au 4ème jour
- l'enfant quitte la clinique cicatrisé et apyrétique au 14ème jour
- réhospitalisé 15 jours plus tard pour syndrome occlusif typique avec niveaux liquides

Réintervention au 30ème jour, le 1er octobre 1963 pour occlusion : anses grêles étranglées par des adhérences serrées, anastomose souple libération laissant de grandes surfaces déperitonisées

- Noble des 2/3 du grêle par surjets au fil de lin

Suites :

- simples
- guérison

OBSERVATION n°5 bis :

Mme IVA.... Rose 64 ans

Opérée le 5 mai 1967 pour occlusion par étranglement du grêle

C.R.O. (Dr V)

- étranglement serré d'une anse grêle dans une brèche du ligament large;
- libération de l'anse qui est réintégrée après novocanisisation du mésentère (anse paraissant viable)

Suites :

- au 6ème jour, fièvre sub occlusion faisant suspecter un sphacèle de l'anse douteuse réintégrée.

Réintervention le 18 mai 1967 au 10ème jour :

- pas d'abcès ni de sphacèle mais nombreuses adhérences
- on termine par un CHILDS

Suites :

- Décès trois jours après la réintervention dans un tableau d'insuffisance hépatique grave.

TRAITEMENT DES OCCLUSIONS POST OPERATOIRES

=====

METHODES

A/ Elles doivent toutes comporter quelles que soient leur cause et leur nature :

I - UNE REANIMATION GLUCIDE HYDRO-ELECTROLYTIQUE :

Tout malade même et à fortiori pourrait-on dire s'il doit être opéré, doit être correctement réhydraté et équilibré en électrolytes (notamment' Cl Na et K) pour que la part qui revient à la paralysie fonctionnelle puisse être appréciée et que si l'on agit chirurgicalement sur une cause mécanique ou inflammatoire, on le fasse dans les meilleures conditions.

II - UNE VIDANGE INTESTINALE :

1°- que beaucoup, dont nous sommes, faisaient par ponction ou mieux entérotomie.

2°- actuellement la majorité remplace avantageusement l'enterotomie de vidange d'ailleurs moins dangereuse que la ponction, par l'expression manuelle du liquide et des gaz intestinaux vers la partie haute du tube digestif où, sous contrôle per opératoire, une sonde d'aspiration vient se charger de l'évacuer

3°- signalons l'intérêt et l'efficacité des gastrotomies temporaires pronées par LAGROT et GRECO, jouant en plus du rôle de vidange immédiat celui de soupape évitant l'excitation de la sonde gastrique.

Leurs auteurs tendent d'ailleurs à en pousser les indications au maximum dans toutes les interventions sur le tube digestif et plus particulièrement après vaguectomie-pyloroplastie où elles remplacent avantageusement l'aspiration gastrique avec un confort excellent pour l'opéré.

B/ Selon la lésion découverte :

I - LA MAJORITE DES AUTEURS : condamnent unanimement l'action indirecte sur l'occlusion sous forme :

- d'entérostomie
- de dérivation interne, sans avoir pu préciser la nature de l'obstacle

II - PREFERANT L'ACTION DIRECTE :

- section de bride
- détorsion de volvulus
- désagglutination complète des anses
- fermeture d'une brèche
- résection d'une anse grêle ou d'un segment colique

III - LE SEUL POINT DE DIVERGENCE concernant la prévention d'occlusions récidivantes grâce à la plicature du mésentère selon le procédé de CHILDS et PHILLIPS.

C/ Dans tous les cas : la multiplicité des gestes opératoires possibles et l'existence fréquente de lésions anatomiques associées impose :

- par une large voie d'abord
- l'exploration complète de la cavité abdominale. Les réinterventions itératives ayant une morbidité et une mortalité d'autant plus lourdes que l'on réintervient un plus grand nombre de fois.

INDICATIONS

A/ DANS QUELS CAS ET QUAND FAUT-IL REINTERVENIR

I - D'URGENCE :

== lorsque les signes cliniques et radiologiques permettent d'affirmer l'occlusion mécanique

== mais toujours après une réanimation intensive de quelques heures.

II - DANS LES DEUX OU TROIS JOURS :

== Lorsque l'obstacle mécanique étant formellement éliminé, l'équilibre hydro-électrolytique rétabli, on soupçonne une occlusion mixte inflammatoire.

== en sachant que plus le temps passe, plus fortes sont les présomptions en faveur d'une occlusion mécanique.

B/ TACTIQUE OPERATOIRE

I - INVENTAIRE COMPLET DE L'ABDOMEN dans un ordre méthodique même si la cause de l'occlusion est évidente :

1°- vérification complète du grêle en évitant au maximum de sortir les anses de la cavité abdominale et en les protégeant par des champs inhibés de sérum chaud

2°- exploration du colon de bout en bout

3°- inventaire du foyer opératoire primitif

4°- vérification de l'étage sus ombilical et des coupes.

II - SELON L'ETIOLOGIE

1°- Il n'existe aucun obstacle mécanique ou inflammatoire :

- vider les anses grêles grâce à la sonde d'aspiration
- éventuellement, gastrostomie temporaire de décharge ou d'alimentation

2°- il existe un obstacle mécanique localisé que l'on retrouve à la ponction d'un grêle plat et d'un grêle dilaté.

- bride : la sectionner
- volvulus :
 - . détorsion simple si l'anse est saine
 - . résection si elle est irrécupérable

- incarceration :
 - . réduction de l'anse
 - . fermeture de la brèche
- coudure par adhérence :
 - . libération prudence en évitant toute dépéritonisation

3°- Il existe une agglutination d'anse par péritonite plastique adhésive.

a) le temps de désagglutination est capital, souvent laborieux et presque toujours indispensable :

- il faut en effet, désagglutiner la totalité des anses grêles, car c'est au milieu d'elles que l'on peut découvrir un abcès plus ou moins volumineux, voire un véritable obstacle mécanique (coudure, volvulus) qui doit être libéré.

- il ne faut conserver au terme de cet inventaire que l'intestin de vitalité certaine, ce qui peut imposer des sacrifices importants.

b) la prévention des récidives est plus discutée
== certains se contentent, s'il n'existe pas trop de zones dépéritonisées de ranger soigneusement les anses en ordre, en les recouvrant de l'épiploon

== d'autres préfèrent pratiquer une opération préventive :

- . non plus l'opération de NOBLE que nous avons pratiquée jusqu'en 1964

- trop longue, souvent incompatible avec l'état de l'opéré
- trop dangeureuse, pouvant être à l'origine de fistules par traction sur les sutures, d'accolllements partiels par lachage créant des "fenêtres", source d'incarcération d'anses

- . mais la plicature mésentérique selon CHILDS et PHILLIPS :

- beaucoup plus simple et plus courte
- beaucoup moins dangereuse

RESULTATS

A/ OCCLUSIONS PARALYTIQUES PURES : 5

== 3 guérisons :

- 2 après une seule intervention résumée à une vidange du grêle par la sonde d'aspiration

- 1 au prix d'une 2ème réintervention pour péritonite adhésive sans abcès 15 jours plus tard, terminée par un NOBLE (Obs.n°4)

== 2 décès :

-1 survenu après mise en rein artificiel pour désordres hydro électrolytiques majeurs et où la vérification anatomique ne révèle qu'un ileus paralytique persistant, accompagné d'une péritonite sans perforation (obs.n°3)

- 1 l'autre due à la prolongation de l'ileus (obs.n°5)

B/ OCCLUSIONS MECANIQUE PURES : 15

== 3 décès :

- obs. n°2 : pyosalpinx à forme occlusive, réopéré pour adhérence du grêle au niveau d'un pédicule lombo-ovarien non péritonisé : entérotomie de vidange après libération; décès 48 heures plus tard.

- obs. n°9 : cancer du rectum, réopéré après amputation abdomino périnéale. La réintervention découvre une anse grêle infarctée au fond du pelvis : pas de résection, étant donné l'état alarmant du malade : décès quelques heures plus tard.

- obs.n°15 : nécrose totale du grêle par infarctus du mésentère non diagnostiqué 24 heures plus tôt lors d'une appendicectomie : décès 24 heures plus tard.

== 12 guérisons :

- 2 après une 2ème réintervention :

• pour éviscération : obs. n°5

• pour fistule du grêle : obs. n°7

- 10 ont eu des suites simples :

• 5 après libération simple ou détorsion simple (obs.1.3.4.6.10)

- 2 après reconstitution d'anus gauche défectueux (obs.11.12)
- 3 après résection d'anse (obs.8.13.14)

C/ PERITONITES PLASTIQUES ADHESIVES : 8

I - AVEC ABCES : 3

== 3 guérisons :

- après déssagglutination simple et drainage (obs.1.3)
- 1 après plicature mésentérique de CHILDS associé (obs.n°2)

II - SANS ABCES : 5

== 3 guérisons :

- 1 après désagglutination simple (obs. 3 bis)
- 2 après NOBLE partiel (obs. 1 bis, 4 bis)

== 2 décès :

- 1 après NOBLE partiel totalisé (2 bis) au cours d'une réintervention
- 1 après CHILDS (obs. n°5 bis)

CONCLUSIONS DES O.P.O.

== LA FREQUENCE : les occlusions post opératoires représentent plus de 28% des réinterventions.

== LA CLASSIFICATION : les frontières entre les différents syndromes sont souvent mal trachées

== LE DIAGNOSTIC :

- d'occlusion fonctionnelle pure, peut et doit être fait sur la confrontation d'un certain nombre de données cliniques, radiologiques et évolutives; la réanimation indispensable quelque soit le type d'occlusion ayant la valeur d'un test thérapeutique

- d'occlusion mécanique est dominé par la survenue, après un intervalle libre, de douleurs abdominales paroxystiques avec arrêt du transit.

- d'occlusion par péritonite plastique adhésive, plus difficile notamment avec l'occlusion fonctionnelle pure, est fait en pratique sur l'apparition progressive d'un syndrome occlusif fébrile prolongeant l'iléus post opératoire normal.

== L'ETIOLOGIE permet d'opposer :

- les occlusions mécaniques pures mettant en cause une fois sur deux une faute de diagnostic, d'indication ou de technique lors de l'intervention initiale (notamment la péritonisation)

- les occlusions mixtes survenant 8 fois sur 10 après une intervention septique.

== LE TRAITEMENT est bien codifié et facile pour les occlusions mécaniques pures. Il offre plus de difficultés pour les occlusions mixtes où l'exploration complète par une large voie d'abord et la désagglutination totale du grêle avec résection éventuelle des segments douteux est néanmoins admise par la majorité; le seul point de divergence étant la prévention des récidives.

== LE PRONOSTIC est dans l'ensemble sévère, puisque la mortalité s'élève à près de 25%.

CHAPITRE VI

PERITONITES GENERALISEES

=====

ETIOLOGIE

L'étiologie de nos 15 péritonites post opératoires s'établit comme suit :

I - CHOLEPERITOINE :..... 2 (Obs. 1 et 2)

1°- l'un (obs.2) survenant apres cholécystectomie rétro-grade sans drainage cholédocien, cholécystectomie difficile d'une vésicule enchâtonnée presque intra hépatique où le suintement du lit vésiculaire est à l'origine de l'inondation péritonéale.

2°- l'autre (obs.1) compliquant une cholédocotomie pour lithiase du cholédoque avec drainage de Kehr où la strangulation du drain est responsable de la fuite biliaire.

II - DESUNIONS D'ANASTOMOSES COLIQUES : .. 6 (obs.3.4.5.6.7.8.)

1°- trois mettant en cause directement l'opérateur.

- Observation n°3 : recoupe avec anastomose immédiate sans anus d'amont pour fistule colique avec résection du grêle adhérent.

- Observation n°4 : colectomie idéale pour cancer abcédé du transverse.

- Observation n°6 : colotomie exploratrice d'une sigmoïdite en subocclusion sans anus de dérivation.

2°- trois ne mettant pas en cause l'opérateur : . :

- Observation n°5 : héli-colectomie pour cancer du colon succédant à une colostomie gauche faite trois semaines auparavant lors d'un accident occlusif.

- Observation n°7 : colectomie droite pour cancer de l'angle droit suivie d'anastomose termino terminale iléo transverse en un plan.

III - PERFORATIONS BILIO-DIGESTIVES EN DEHORS DE TOUTE ZONE SUTUREE 3 (obs. 9.10.11)

Toutes les trois relevant d'une faute commise lors de l'intervention première.

1° - Observation n°9 : perforation d'une cholécystite gangréneuse non diagnostiquée lors de la première intervention pour hernie étranglée, épiphénomène de la cholécystite

2° - Observation n°10 : perforation coecale d'un cancer du colon droit après intervention première incomplète

3° - Observation n°11 - perforation du bas oesophage après oesophagotomie extra muqueuse selon Heller : chute d'escharre après électrocoagulation trop appuyée.

PERITONITES PAR DIFFUSION SANS PERFORATION DU TUBE DIGESTIF ET EN DEHORS DE TOUTE ZONE SUTUREE : 4

Toutes les 4 succédant à une appendicectomie :

1° - Deux péritonites du 5ème jour après appendicectomie à froid (obs. 12.13)

2° - Deux péritonites après appendicites graves pouvant être considérées comme une aggravation ou une diffusion de l'affection initiale :

- l'une succédant à une péritonite gravissime drainée (obs.n°14)

- l'autre succédant à un abcès appendiculaire non drainé (obs. n°15)

Cette étude étiologique fait ressortir :

== le rôle déterminant de l'intervention première, puisque sur 15 cas, 7 relèvent d'une faute initiale

- 2 fautes diagnostiques : évolution vers la perforation d'une cholécystite et d'un cancer colique droit non diagnostiqué

- 4 fautes d'indications :

. 3 sutures coliques inadaptées

. 1 abcès appendiculaire non drainé

- 1 faute technique : perforation du bas oesophage

= la fréquence des désunions de suture colique : 6 cas sur 15

DATE DE SURVENUE

Entre le 4ème et le 18ème jour avec un maximum de fréquence entre le 4ème et le 8ème jour : 10 cas sur 15.

DIAGNOSTIC Essentiellement fondé sur l'association de signes abdominaux et

I - SIGNES ABDOMINAUX : de signes généraux.

- la contracture abdominale de valeur considérable est inconstante mais fréquente puisque retrouvée dans 11 cas.

- la défense abdominale et la douleur beaucoup plus contingentes ne sont retrouvées que dans 5 cas.

- le météorisme a été manifeste dans cinq observations

- le drainage a rempli son rôle de "regard" sur la cavité abdominale en provoquant un écoulement de liquide digestif par la contre incision dans 4 cas.

II- SIGNES GENERAUX :

- l'existence d'un syndrome infectieux inexplicé par un foyer extra abdominal semble assez constante puisque retrouvée dans 9 de nos observations.

- l'agitation, meilleur signe, selon CHAMFEAU, d'irritation péritonéale par un épanchement biliaire, a été notée dans une de nos deux péritonites biliaires et dans un cas de désunion d'anastomose colique.

- l'apparition d'un collapsus brutal n'a été à l'origine d'aucune de nos interventions.

Au total, bien qu'il n'ait pas posé de difficulté particulière le diagnostic de péritonite post opératoire a été porté dans les circonstances variables selon l'étiologie.

- cholépéritoïne :

. fuite biliaire par le drain sous hépatique associé à un mauvais fonctionnement du drain de Kehr (obs.1)

. contracture + agitation (obs.2)

- désunion d'anastomose :

. fistule + syndrome péritonéal (obs.3)

. agitation + syndrome péritonéal (obs.4)

. fièvre + syndrome occlusif (obs.5)

. syndrome péritonéal brutal (obs.6)

. fistule donnant abondamment (obs.7)

. fièvre + douleur sous costale droite (obs.8)

- perforation de viscères :

. syndrome péritonéal et occlusif (obs.9 et 10)

. syndrome péritonéal et infectieux (obs.11)

- péritonites dites "du 5ème jour" :

signes classiques décrits par PELLERIN à l'académie de chirurgie. Après appendicectomie à froid, fièvre au 5ème jour, suivie de signes péritonéaux avec une fois sur deux, des signes occlusifs.

- péritonites après appendicites graves :

signes infectieux et contracture abdominale.

TRAITEMENT

INDICATIONS

Nous sommes toujours réintervenues en urgence dès le diagnostic de péritonite affirmé ou suspecté.

Tous les auteurs étant d'ailleurs parfaitement d'accord comme le dit GERMAIN pour "réintervenir de façon impérieuse et immédiate en présence de signes de péritonites diffusante".

TACTIQUE

Ce traitement chirurgical ayant toujours comporté trois temps.

I - DEUX TEMPS COMMUNS A TOUTES LES PERITONITES :

1°- la toilette particulièrement poussée de la grande cavité péritonéale, notamment au niveau des 4 collecteurs déclives de BARRAYA : les deux hypochondres, le Douglas et l'arrière cavité des épiploons, grands pourvoyeurs d'abcès sous-phréniques et d'abcès du Douglas. Nous devons d'ailleurs mentionner dans les suites des réinterventions : 3 abcès sous-phréniques.

2°- le drainage de ces points déclives, si possible associé à une aspiration.

II - UN TEMPS REPARATEUR DE LA LESION CAUSALE, bien entendu

FONCTION DE L'ETIOLOGIE :

1°- Cholépéritoine :

- la simple détorsion du drain de Kehr dans l'observation n°1, a été suffisante pour permettre le drainage de la bile cholédocienne, étant donné l'absence d'obstacle sous-jacent.

- il n'a été fait aucun geste pour le cas n°2 devant l'absence de fuite decelable au niveau de la voie biliaire principale.

2°- Désunion :

- cinq fois il a été pratiqué une dérivation externe
- une fois une tentative de recoupe avec anastomose (7) ayant d'ailleurs échoué comme on aurait dû le prévoir.

3° - Perforations :

- cholécystostomie pour la perforation vésiculaire (os.n°9)
- coecostomie pour la perforation coecale (obs.10)
- suture, aspiration oesophagienne pour la perforation de l'oesophage (obs.11)

4 4°- Péritonites appendiculaires :

Aucun geste local en dehors du drainage.

RESULTATS

- 7 sur 15 de nos péritonites post-opératoires sont décédés, soit 47%. Cette gravité est d'ailleurs soulignée dans les autres statistiques qui accusent une mortalité de 40 à 80%.

- Elle s'établit comme suit, en fonction de l'étiologie :

- . 1 sur 2 péritonites biliaires
- . 3 sur 6 désunions
- . 2 sur 3 perforations
- . 0 sur 2 péritonites du 5ème jour
- . 1 sur 2 péritonites appendiculaires.

CONCLUSIONS

- Les péritonites généralisées représentent 11% des réinterventions précoces de notre statistique et compliquent à raison de 0,1% les interventions de chirurgie abdominale.

- Leur diagnostic est essentiellement clinique, parfois difficile chez des opérés récents, mettant à contribution l'expérience du chirurgien.

- Leur traitement toujours chirurgical, doit être pratiqué en urgence, être efficace et rapide chez ces malades souvent en très mauvais état général.

- Leur pronostic est grave puisque un malade sur deux décède malgré la réintervention.

DEDUCTIONS PRATIQUES

== Cette étude met particulièrement en cause les imperfections commises à chacune des trois étapes fondamentales de la chirurgie :

- diagnostic
- indication
- technique opératoire

== Elle nous permet d'insister sur les points suivants :

- nécessité d'une exploration complète de toute la cavité abdominale
- susceptibilité de sutures coliques en milieu infecté
- importance de la technique chirurgicale

OBSERVATIONS DES PERITONITES

=====

OBSERVATION n°1 :

Mme FAL.... Marie 73 ans

Opérée le 25 février 1960, pour lithiase du cholédoque anictérique

C.R.C. (Dr V)

- après cholécystectomie et R.M.B. montrant un cholédoque dilaté au-dessus d'un obstacle bas situé
- ablation pour cholédocotomie de nombreux calculs
- mise en place d'un drain de Kehr, R.M.B. normale
- drainage sous-hépatique

Suites :

- le drain de Kehr ne donne que 50 cm³ par 24 h
- météorisme progressif avec altération de l'E.G.
- défense abdominale
- importante fuite biliaire par le drain sous-hépatique

Réintervention au 4ème jour pour cholépéritoïne

- important cholépéritoïne fusant jusque dans le pelvis, le drain de Kehr est en place, mais strangulé au niveau de sa branche longue
- détorsion, drain sous-hépatique avec aspiration
- le drainage de Kehr fonctionne immédiatement en fin d'intervention

Suites :

- ablation des drains au 8ème jour
- guérison

OBSERVATION n°2 :

Mme LE GUI....Cécile 68 ans

Opérée le 31 janvier 1958 pour lithiase vésiculaire douloureuse

C.R.C. (Dr V)

- vésicule enchâtonnée, presque intrahépatique, important épaississement du cystique R.M.B. normale
- cholécystectomie rétrograde excessivement délicate, drain sous-hépatique

Suites :

- subnormales jusqu'au 8ème jour après reprise du transit, défervescence et ablation du drain qui n'a donné que modérément
- douleur sous-costale droite, fièvre à 38°5, pas de contracture faisant penser à une collection

- malade très agitée

Réintervention le 12 février 1958, pour cholépéritoiné, importante quantité de bile dans la grande cavité, toilette péritonéale, pas de fuite visible, mise en place d'un drain sous-hépatique et sus-pubien avec aspiration

Suites difficiles, phlébite du membre inférieur droit le 12ème jour, embolie pulmonaire mortelle le 17ème jour malgré le traitement hépariné, soit 29 jours après la première intervention

OBSERVATION n°3 :

Mr FOU... Claude 62 ans

Opéré le 21 octobre 1961 pour fistule colique trainante, succédant à une colectomie gauche faite deux ans auparavant pour cancer.

C.R.C. (4 h 1/2)(Dr B)

- libération du grêle dont deux anses sont agglutinées autour de la fistule, suivie d'une double anastomose termino-terminale
- résection du colon de chaque côté de la fistule suivie d'anastomose termino-terminale

Suites :

- récurrence de la fistule sur le mode péritonéal imposant la réintervention

Réintervention au 4ème jour, le 25 octobre 1961

Double désunion :

- d'une anastomose du grêle : recoupe, suture à l'anastomose colique, obligeant à mettre le bout supérieur à la peau en anus terminal, l'inférieur fermé selon la technique de HARTMANN

Suites difficiles :

- au 2ème jour, l'anus ne fonctionne pas encore
- selles au 6ème jour
- vomissements obligeant à remettre le malade sous aspiration
- finalement fermeture de la fistule du grêle grâce à l'aspiration et à l'installation d'acide lactique

OBSERVATION n°4 :

Mr CFA... Augustin 56 ans

Opéré le 2 novembre 1966, pour cancer du colon transverse

C.R.C. (Dr B)

- cancer du colon transverse à l'union du 1/3 gauche et des 2/3 droits, avec abcès péri-colique effondré lors de la libération de l'angle gauche
- colectomie transverse emportant, outre le colon transverse, la partie supérieure du colon gauche et l'angle droit

- anastomose termino-terminale en 1 plan
- toilette péritonéale, A.B. in-situ, un drain dans la gouttière pariéto-colique

Suites :

- au 6ème jour, syndrome péritonéal brutal avec fièvre à 39°, courbature, agitation

Réintervention immédiate, le 8 novembre 1966 pour péritonite

- péritonite fécaloïde avec désunion complète de l'anastomose
- mise à la peau des deux bouts coliques, le distal en anus gauche, le proximal en anus droit
- toilette péritonéale, drainage : 1 lame, 1 drain sous-hépatique, 1 lame dans le Douglas

OBSERVATION n°5 :

Mr LHO... Roger 60 ans

Opéré le 24 mars 1962, pour cancer du colon gauche (colectomie gauche 21 jours auparavant pour occlusion)

C.R.C. (Dr B)

- hémicolectomie gauche suivie d'anastomose termino-terminale en un plan, points séparés, bonne vascularisation des deux bouts coliques
- étendue de l'exérèse limitée en hauteur pas anastomose précolique pour ulcère après gastrectomie

Suites :

- d'abord normales avec reprise du transit et apyrexie
- syndrome occlusif net et fièvre au 6ème jour

Réintervention le 30 mars 1962, soit au 7ème jour pour occlusion fébrile.

- désunion complète de l'anastomose que l'on met sur le compte de l'hypoprotidémie à 56 g%.
- Hartmann

Suites simples troublées par quelques accidents hypoglycémiques et le risque d'éviscération

- rétablissement de la continuité par iléocolorectoplastie sous couvert d'anus gauche, 5 mois plus tard. Guérison

OBSERVATION n°6 :

Mr VAU... Robert 61 ans

Opéré le 10 juillet 1965, pour sigmoïdite sub-occlusive

C.R.C. (Dr B)

- médiane exploratrice révélant un épaissement du sigmoïde

- colotomie exploratrice permettant un prélèvement de la muqueuse aux fins d'examen histologique
- fermeture de la colotomie en un plan

Suites :

- au 6ème jour après une purgation intempestive ; douleur brutale et syndrome péritonéal

1ère réintervention au 6ème jour le 16 juillet 1965 pour péritonite

- pus et matières fécales dans le péritoine provenant d'un lâchage de suture
- devant l'aspect très inflammatoire du colon : colectomie segmentaire terminée selon Hartmann, bout supérieur à la peau, fermeture du bout inférieur
- toilette, A.B., 2 lames de "Pauchet"

2ème réintervention, 15 jours plus tard le 31 juillet 1965 pour cholécystite aigue

- vésicule sphacélée, plus petite collection purulente
- cholecystostomie avec mise en place d'une sonde de Pezzer
- drainage par lame

Suites : très difficiles

- au 6ème jour : apyrexie, bon fonctionnement de la cholécystostomie et et de l'anus gauche
- au 24ème jour : fistule du grêle
- au 90ème jour : fistule non fermée, syndrome occlusif avec niveaux liquides à la radio

3ème réintervention pour occlusion au 90ème jour le 2 novembre 1965

- agglutination serrée des anses grêles que l'on peut libérer
- pas de résection

Suites

- Décès 20 jours plus tard d'un abcès du poumon.

OBSERVATION N°7 :

Mr CRE... Henri 76 ans

Opéré le 7 juin 1957 pour cancer du colon transverse à l'union du 1/3 droit et des 2/3 gauches

C.C.C. (Dr B)

- colectomie droite emportant le colon droit, les 2/3 droits du transverse et 40 cm de grêle
- quelques difficultés lors du décollement de l'angle droit
- anastomose iléo-transversale en deux plans
- bonne péritonisation, un drain.

Suites :

- au 4ème jour : apyrexie, reprise du transit
- au 11ème jour : fistule colique

Reintervention au 18ème jour, le 25 juin 1957 pour fistule colique.

- désunion de l'anastomose
- fermeture du bout colique et grêle, anastomose iléo-transverse en 3 plans
- pas de drainage

Suites :

- désunion première au 7ème jour
- altération de l'E.G. et hypoprotéïnémie malgré la réanimation hyperprotidique
- Décès au 10ème jour

OBSERVATION n°8 :

Mme FIA... Madeleine 68 ans.

Opérée le 30 août 1960 pour cancer de l'angle droit

C.R.O. (Dr B)

- décollement difficile de la tumeur très adhérente à la face antérieure du duodénum
- colectomie droite emportant les 2/3 droits du transverse, le colon droit et les 20 derniers cm de grêle
- anastomose iléo-colique termino-terminale en un plan, tranches bien vascularisées.

Suites :

- fièvre oscillante commençant au 5ème jour après amorce de transit
- au 10ème jour, douleur sous-costale droite

Réintervention au 11ème jour le 10 septembre 1960

- désunion complète de l'anastomose
- exclusion unilatérale du grêle : anastomose iléo-transverse
- abouchement du grêle exclu et du colon à l'orifice centre-latéral

Suites :

- Décès 40 jours plus tard après une fièvre persistante, fistule, éven-tration.

OBSERVATION n°9 :

Mme FES ...Eline 85 ans

Opérée le 14 septembre 1960, pour hernie crurale étranglée

C.R.C. (Dr B)

- par incision inguino-séro-tale
- un peu d'épiploon liquide séro-purulent intra-sacculaire.

- cure conjoint-Cooper

Réintervention au 6ème jour, le 20 septembre pour péritonite occlusive :

- péritonite par perforation, vésicule sphacélée
- cholécystostomie, 1 drain hépatique

Suites :

- Décès par collapsus irréversible 24 heures après la réintervention.

OBSERVATION n°10 :

Mme ROU... Gabrielle 76 ans

Opérée le 25 avril 1967 pour péritonite occlusive.

C.R.O. (Dr B)

- magma gélatineux dans la totalité de la grande cavité avec réaction inflammatoire des anses, aucun point de départ précis.
- toilette péritonéale, A.B., pas de drainage

Suites :

- au 6ème jour : fièvre à 39°, douleur et défense péritonéale, ni gaz, ni selles.
- Réintervention au 7ème jour pour péritonite.
- péritonite par nécrose de la face postérieure du caecum due à un épithélioma colloïde du gros intestin.
- résection iléo-caecale limitée, anastomose termino-terminale en un plan
- sonde de "de-Fezzer" par le colon ascendant, une lame rétrocolique

Suites :

- Décès 24 heures plus tard.

OBSERVATION n°11 :

Mr MES... Robert 28 ans

Opéré le 18 décembre 1963 pour méga oesophage

C.R.O. (Dr B)

- oesophagotomie extra-muqueuse de Heller sur 8 cm
- rapprochement des piliers, fermeture de l'angle de His
- A.B. in-situ, pas de drainage.

Suites :

- au 4ème jour, fièvre à 38° malgré les A.B., aucun signe abdominal
- au 6ème jour, syndrome péritonéal avec fièvre à 39°, contracturesus-ombilicale, leucocytose à 27.800.

1ère réintervention au 6ème jour, le 24 décembre 1963 pour péritonite.

- liquide purulent, intra-péritonéal, issue d'une perforation de la face antérieure de l'oesophage, taille d'une pièce de 50 centimes (due vraisemblablement à une chute d'escharres après électro-coagulation).
- suture difficile par deux points en "X", colmatage par adossement du tissu gastrique voisin
- drainage : 1 lame, 1 drain in-situ, 1 drain sus-pubien
- on laisse en place une sonde oesophagienne.

Suites :

- au 4ème jour : apyrexie, sonde oesophagienne maintenue.
- Finalement guérison après traitement chirurgicale d'un abcès sous-pelvénique.

OBSERVATION n°12 :

Enfant ALG... Roselyne 8 ans 1/2

Opérée le 3 octobre 1957, pour appendicite aigüe

C.R.C. (Dr C)

- appendice à pense congestif, adénopathie, pas de Meckel
- ectomie sans enfouissement, fermeture sans drainage.

Suites :

- au 6ème jour, après suites tout à fait normales, fièvre à 38°5.
- au 7ème jour, douleur et défense iliaque droite

1ère réintervention au 8ème jour, le 12 octobre 1957 pour péritonite occlusive.

- par voie de Mac-Burney, pus intra-péritonéal moignon appendiculaire intact
- évacuation, drainage : un drain dans le Douglas, 1 lame de "lauchet"
- 1 mèche rétro-caecale.

2ème réintervention 12 jours plus tard, le 24 octobre 1957, pour occlusion.

- pas de pus, mais ébauche de volvulus partie terminale de l'iléon que l'on libère incomplètement

3ème réintervention 11 jours plus tard, le 4 novembre 1957 pour occlusion avec niveaux liquides.

- adhérences serrées de la fin du grêle dont la libération révèle la présence d'un abcès.
- évacuation, NOBLE TOTALE, drainage par lame iliaque droite.
- guérison après apparition d'une fistule colique tarie au 76ème jour.

OBSERVATION n°13 :

Enfant BER... Martine 10 ans

Opérée le 23 mai 1965, pour appendicite.

C.R.C. (Dr G)

- appendicite inflammatoire, par le Meckel. Ectomie sans enfouissement R.S.D.

Suites :

- normales pendant 3 jours
- à partir du 4ème jour, fièvre oscillante, hyperleucocytose malgré les A.B.
- 8ème jour : contracture abdominale.

1ère réintervention par médiane pour péritonite généralisée le 1er juin 1965 au 8ème jour.

- pus dans la grande cavité dont l'origine semble caceale, mais pas de fistule visible
- toilette, A.B. locaux, drainage : 1 drain dans le Douglas, 1 lame de Pauchet dans la région caecale.

Suites difficiles :

- mauvais E.G., fièvre oscillante, malgré les A.B. et drainage, diarrhée importante.
- syndrome d'abcès sous-phrénique gauche, vérifié par ponction

2ème réintervention le 9 juin 1965 :

- 8 jours après la 2ème réintervention, évacuation d'un litre de pus pas incision dans le 11ème espace inter-costal gauche, sonde de "de-Pezzer".

Suites très difficiles : guérison après 3ème réintervention pour abcès intra péritonéaux multipliés (CHILDS), quitte la clinique le 90ème jour.

OBSERVATION n°14 :

Enfant VIE... Alain 13 ans

Opéré le 27 août pour péritonite appendiculaire.
Etat général gravissime.

C.R.C. (Dr V)

- grande cavité péritonéale remplie de pus fétide (colibacille), appendice sphacélé, rompu.
- ectomie sans enfouissement, toilette péritonéale à l'éther, un drain joignant le caecum, un drain dans le Douglas.

Suites :

- 4ème jour : meilleur état général, apyrexie, transit : quelques gaz mais contracture abdominale légère.
- 6ème jour : accentuation de la contracture, fièvre à 39°.

1ère réintervention au 7ème jour, le 3 septembre 1965 pour péritonite

- importante quantité de liquide péritonéal clair, et volumineuse collection suppurée du Douglas.

- évacuation de l'abcès, toilette péritonéale complète, A.B. locaux, 1 drain iliaque droit, 1 drain dans le Douglas.

2ème réintervention 11 jours plus tard le 15 septembre 1965 pour occlusion.

- incarceration d'une anse grêle dans la contre-incision iliaque droite.
- multiples abcès:
 - abcès de la gouttière latéro-vertébrale gauche.
 - abcès sous hépatique avec de nombreuses perforations vésiculaires.

- une perforation du grêle
- suture de la perforation, évacuation des abcès, cholécystectomie, toilette péritonéale, plicature du mésentère selon le procédé de CHILDS, A.B. et cortisone intra-péritonéale, 1 lame sous-hépatique.

3ème réintervention 7 jours plus tard, le 22 septembre pour fistule (écoulement fécaloïde et purulent par la lame sous-hépatique)

- fistule idéale avec grosse collection adjacente
- évacuation, suture, drainage.

4ème réintervention 17 jours plus tard, le 9 octobre pour éviscération avec météorisme important, malade choqué.

- devant l'état du malade dénutri, on se contente d'une jéjunostomie à la Fontan.

Suites :

- après 60 jours de dénutrition progressive
- Décès par arrêt cardiaque le 10 décembre 1965.

OBSERVATION n°15 :

Enfant MAU... Jacques 12 ans 1/2

Opéré le 25 avril 1961, pour appendicite aiguë.

C.R.C. (Dr V)

- appendice turgescent avec abcès à la pointe
- ectomie avec enfouissement, toilette péritonéale, A.B. locaux, pas de drainage.

Suites :

- parfaitement normales, quitte la clinique au 8ème jour
- réhospitalisé 10 jours plus tard, soit 18 jours après la première intervention pour fièvre à 39°, météorisme, empâtement de la F.I.D.

Réintervention au 18ème jour, le 14 mai, pour abcès profond :

- péritonite généralisée
- toilette péritonéale, drainage par 3 lames de Pauchet/
 - 1. sous hépatique
 - 1 iliaque
 - 1 dans le Douglas

Suites :

- défervescence en 3 jours
- ablation des lames au 6ème et 7ème jour
- guérison.

CHAPITRE VII

TABLEAU DE LA FREQUENCE DES REINTERVENTIONS

FREQUENCE

== Nous sommes réintervenues pour 6 fistules digestives sans signes de diffusion péritonéale, ce qui représente 4,6% de nos 130 réinterventions.

- Cette fréquence relativement peu élevée doit être en fait "réajustée" dans le cadre des fuites et des lâchages de suture par l'adjonction de :

. 6 lâchages de suture accompagnés de signes péritonéaux ayant motivé une réintervention d'urgence et étudiés dans le chapitre des péritonites.

. 4 fistules découvertes à l'occasion d'une complication dominante ou apparues secondairement après réintervention pour une autre complication et étudiées, de ce fait, avec les autres réinterventions.

== Cette analyse ne peut donc avoir une quelconque prétention statistique, mais nous permet à l'occasion de 6 cas (une fistule du grêle et cinq fistules coliques) de relever les erreurs ayant pu survenir au cours de leur traitement, traitement actuellement mieux codifié tant sur le plan médical que chirurgical.

ETIOLOGIE

I - 3 FACTEURS ETIOLOGIQUES doivent être retenus :

1°- les "accidents opératoires ou les erreurs de jugement" notamment pour les fistules du grêle.

- blessure ou manipulation traumatisante per opératoire d'une anse intestinale.

- fistule après ligature intéressant un vaisseau intestinal

- fistule après suture intestinale

- blessure d'une anse au contact d'un fil métallique

- ulcération par drainage laissé trop longtemps

- libération difficile d'adhérences serrées

2° - les fistulisations au contact d'un abcès péricolique (c'est d'ailleurs le principal mécanisme pour les fistules coliques).

3°- enfin, les fistules coliques s'observent fréquemment au cours des affections néoplasiques.

II - NOUS LES RETROUVONS DANS NOS OBSERVATIONS puisque :

- la fistule du grêle (obs.1) correspond à une faute technique : fistulisation d'une anse grêle incarcerated dans la paroi

- les 5 fistules coliques correspondant à 5 résections pour cancer du colon ou cancer gastrique propagé au colon transverse (obs.6).

DATE DE SURVENUE

- classiquement vers le 6ème jour

- 5 de nos fistules sont survenues entre le 6ème et le 10ème jour, sauf une d'apparition tardive au 20ème jour.

DIAGNOSTIC

I - de FISTULE en règle facile :

- n'a posé aucune difficulté dans 4 cas devant l'apparition d'un écoulement intestinal ou stercoral par la cicatrice ou l'orifice de drainage.

- dans 2 cas la découverte a été inopinée, la fistule étant masquée par un tableau de suppuration profonde (obs.5.6)

II - de LOCALISATION plus difficile : mais capital pour les indications thérapeutiques; il est établi sur le seul aspect de l'écoulement et éventuellement par l'absorption de bleu de méthylène. Il permet d'opposer :

1°- les fistules du grêle :

- iléales hautes : où le liquide jaune d'or irrite la peau, de pronostic grave

- iléales basses : matières liquides, de pronostic moins sombre

2°- les fistules coliques :

par l'issue de matières solides, ne posant pas les mêmes problèmes de déperdition hydro-protido électrolytiques.

III - d'APPRECIATION DU STADE CLINIQUE :

1°- le cloisonnement péritonéal :

- souvent absent au début où des signes de diffusion peuvent d'ailleurs forcer à intervenir.

- très vite le cloisonnement péritonéal isole la grande cavité

2°- l'état du transit :

- fistule avec météorisme, arrêt des matières et des gaz, tendance à l'éviscération

- fistule avec transit plus ou moins rétabli.

TRAITEMENT DES FISTULES DIGESTIVES EXTERNES

Pour la majorité des chirurgiens, les fistules digestives externes n'entraînant pas de signes péritonéaux, ne nécessitent pas un traitement chirurgical; un grand nombre de fistules duodénales coliques et iléales guérissent par le seul traitement médical mis au point par TREMOLIERES.

Les seules indications chirurgicales étant tirées des échecs de ce traitement et donc essentiellement fonction de la localisation de la fistule, donc de son débit.

I - LES FISTULES DU GRELE :

1°- le traitement médical :

a) associant :

== un traitement local au niveau de l'orifice pariétal de la fistule :

. irrigation par une solution d'acide lactique

. aspiration continue

== une réanimation veineuse toujours nécessaire pour compenser l'hypovolémie les pertes en eau, électrolytes, protides. Elle est en fait la seule possible au début, au stade péritonéal ou occlusif.

== l'alimentation orale seule capable d'assurer la nutrition de ces malades (donc le succès de la méthode) devant être entreprise dès que le grêle n'est plus en occlusion, même si une grande partie des aliments ressort par la fistule.

== l'antibiothérapie

b) doit toujours être entrepris, quelle que soit l'abondance de l'écoulement initial, tout en sachant que l'existence d'un écoulement supérieur à 1500 ml/24 heures doit faire craindre l'irréversibilité et discuter dans les délais pas trop éloignés, la nécessité d'une réintervention. Délai que GERMAIN et CHEVRIER fixent à 3 semaines.

2°- le traitement chirurgical :

== tous les procédés d'exclusion intestinale, toute "chirurgie à minima" visant à refermer sans dissection un orifice fistuleux doivent être proscrits.

==GERMAIN et la plupart des chirurgiens conseillent :

. la libération complète mais prudente des anses grêles de façon à mettre en évidence la totalité des lésions : la ou les fistules mais aussi les foyers occlusifs ou péritoniques

. le geste curateur étant alors la résection large mais toujours par voie d'abord extérieure à la fistule en exteriorisant ensuite l'anse réséquée, suivie d'anastomose terminale terminale.

== Par contre, la prévention des occlusions par plicature mésentérique étant plus discutée à ce stade.

II - LES FISTULES COLIQUES :

1°- le traitement médical est le plus souvent suffisant, s'il n'existe aucun obstacle sous jacent; il doit toujours être tenté pendant les 15 premiers jours où les conditions locales sont défavorables à la chirurgie. Seuls des phénomènes occlusifs ou péritonéaux doivent à ce stade être des indications à la réintervention.

2°- Si le traitement chirurgical est nécessaire il peut consister :

- soit en une colostomie d'amont associée à un drainage

- soit en une recoupe, mais jamais suivie d'anastomose immédiate.

RESULTATS

Nous étudierons nos résultats en fonction de ces règles thérapeutiques, sur six fistules digestives externes nous avons :
== 2 guérisons après dérivation externe :

= obs. 4 fistule colique succédant à une résection pour cancer du recto sigmoïde

. fermeture de la fistule en trois mois.

= obs. 5 fistule colique succédant à une résection pour cancer du recto sigmoïde et découverte à la réintervention pour des signes d'abcès profond. La guérison est obtenue en 2 mois après une 2ème intervention pour occlusion sur bride.

== 2 échecs que l'analyse permet de mettre sur le compte d'une faute d'indication thérapeutique :

= obs. 1 récurrence et persistance d'une fistule du grêle après "geste à minima", suture sous couvert de colostomie gauche.

= obs. 2 récurrence et persistance d'une fistule colique par désunion après :

. 1ère réintervention motivée : dérivation externe pour colostomie gauche

. 2ème réintervention : tentative de recoupe avec anastomose immédiate dans des conditions locales qui ne s'y prêtaient guère.

== 2 décès :

= obs. 3 : tentative de dérivation interne pour fistule par lâchage de suture après hémicolectomie droite pour cancer du coecum

= obs. 6 : drainage abcès profond masquant une fistule colique survenue après colectomie transverse

CONCLUSIONS

Règles thérapeutiques :

- Dans les fistules du grêle :

= le traitement médical doit permettre d'éviter le plus souvent la réintervention dans les fistules externes du grêle, les seules indications à la réintervention en dehors de la diffusion péritonéale étant la persistance et l'importance de la déperdition le traitement étant alors univoque : l'entérectomie.

- Dans les fistules du colon :

= le traitement médical est parfois inefficace, la réintervention alors nécessaire, doit toujours consister en un drainage associé à une dérivation d'amont ou en une recoupe, mais sans anastomose immédiate.

Le pronostic :

reste grave, malgré l'observation de ces règles, notamment pour les lâchages coliques où l'on note près de 50% de décès.

OBSERVATIONS DES FISTULES DIGESTIVES

=====

OBSERVATION n°1 :

Mr FOY... Emile 46 ans

Opéré le 25 mars 1957 pour péricolite occlusive d'un cancer du colon gauche

C.R.C. (Dr V)

- par incision latérale gauche, évacuation d'une importante collection purulente fétide en rapport avec un sigmoïde dur épaissi
- deux drains, A.B. locaux

Suites

- défervescence rapide, mais apparition au 6ème jour d'une fistule du grêle, extériorisée par drainage.

Réintervention au 10ème jour, le 4 avril 1957 pour fistule du grêle

- anse grêle prise dans la paroi et fistulisée (orifice de la taille d'une pièce de 50 centimètres)
- suture et enfouissement par deux bourses
- colostomie gauche sur baguette
- ouverture de l'anus 24 heures plus tard

Suites :

- persistance de la fistule qui n'est pas encore tarie au 4ème mois
- Malade perdu de vue.

OBSERVATION n°2 :

Mme LE SCO... 40 ans

Opérée le 9 février 1963 pour cancer du colon gauche

C.R.C. (Dr B)

- après hystérectomie subtotale pour fibrome utérin
- colectomie gauche suivie d'anastomose termino terminale en un plan
- péritonisation utilisant au maximum le péritoine vésical
- drainage de R_odon sous péritonéal

Suites :

- au 5ème jour : selles spontanées
- 8ème jours; transit conservé mais fièvre à 39° et hémorragie rectale sous anticoagulants (Taux à 15%)
- au 17ème jour : fistule colique par cicatrice médiane

Réintervention au 19ème jour pour fistule colique

- par incision iliaque gauche, évacuation d'une cavité purulente contenant des matières
- par incision para médiane droite : colostomie transverse

Suites :

- fistule colique par l'orifice iliaque gauche persistante
- réintervention 9 mois plus tard devant la persistance de la fistule :
Evacuation d'un abcès péri anastomotique (désunion quasi complète)

Recoupe, nouvelle anastomose termino terminale sous couvert de l'anus transverse.

1 lame

Récidive un mois après

Malade perdue de vue

OBSERVATION n°3 :

Mr BRU... Angel 75 ans

Opéré le 6 avril 1957 pour cancer du coecum en occlusion

C.R.C. (Dr V)

- malgré l'occlusion et l'âge avancé du malade, on décide étant donné le bon état général et les conditions locales : une hémicolectomie droite terminée par une anastomose iléo transverse latéro latérale en deux plans, drainage par lame de Pauchet.

Suites :

- fistule par lâchage de suture extériorisée par l'incision au 7ème jour.

Réintervention le 23 avril 1957 :

- iléo sigmoïdostomie en deux plans latéro latérale

Décès le 15 jours plus tard.

OBSERVATION n°4 :

Mr MAI... Georges 52 ans

Opéré le 18 avril 1957 pour cancer du recto sigmoïde

C.R.C. (Dr V)

- résection suivie d'anastomose sur intubation
- anus coecal droit sur sonde

Suites :

- au 9ème jour, fistule intestinale colique extériorisée par l'orifice de drainage

Réintervention le 6 mai 1957 pour fistule colique

- colostomie gauche sur baguette
- fermeture de l'anus droit non fonctionnel.

Suites :

- fermeture de la fistule au 90ème jour
- guérison après fermeture de l'anus gauche au 150ème jour.

OBSERVATION n°5 :

Mme NER... Angustine 61 ans

Opérée le 16 novembre 1962 pour rectosigmoïdien situé à 17 cm à la recopie

C.R.O. (Dr V)

après 6 jours de préparation :

- résection par voie abdominale, suivie d'anastomose termino terminale en un plan
- drainage latéral gauche, A.B. in-situ, péritonisation satisfaisante.

Suites :

- fébriles jusqu'au 6ème jour
- le 7ème jour, accentuation de la fièvre, douleurs abdominales extrêmement vives, ventre contracturé.

Réintervention au 8ème jour le 25 novembre 1962 pour désunion de l'anastomose.

- épanchement aérien intra péritonéal, mais pas de matières
- colostomie iliaque gauche
- nouveau drainage par lame et meche au niveau de l'anastomose

Suites :

- le 4ème jour : arrêt du fonctionnement de l'anus, douleurs abdominales vives, météorisme progressif et défense sus pubienne.

2ème réintervention le 30 novembre 1963 soit au 5ème jour pour occlusion intestinale

- brides intestinales strangulant le grêle en 2 endroits, au niveau de l'angle iléo coecal et du pelvis
- libération des brides

Suites :

- la colostomie fonctionne au 3ème jour
- ablation de l'aspiration au 4ème jour

Guérison malgré une nouvelle crise de subocclusion

Fermeture de la fistule au 52ème jour, fermeture d'anus 2 mois plus tard.

OBSERVATION n°6 :

Mr OFC... Auguste 76 ans

Opéré le 8 novembre 1958 pour cancer de l'antre sténosant.

C.R.C. -Dr B)

- tumeur adhérente au mésocolon transverse, aucune adénopathie palpable
- gastrectomie subtotale selon Polya avec colectomie transverse suivie d'anastomose termino terminale, en deux plans
- A.B., 1 lame

Réintervention au 10ème jour, le 18 novembre 1958 pour abcès profond.

- évacuation d'un abcès permettant de découvrir une petite fistule colique
- drainage et sonde colique

Suites :

- décès deux jours plus tard.

CHAPITRE VIII

CALCULS RESTANTS

=====

Bien que ne posant pas un problème d'urgence, ni même un problème toujours chirurgical, nous avons inclus dans cette étude 5 calculs restants du cholédoque ayant entraîné une réintervention dans les délais précoces que nous nous sommes assignés.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE - ETIOLOGIE

I - LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE : sont identiques pour nos cinq cas, puisque à chaque fois il s'est agi :

- en l'absence de toute symptomatologie clinique : douleur, fièvre, ictère.

- d'une découverte fortuite lors de la radiomanométrie biliaire (R.M.B.) de contrôle effectuée le 15ème jour post opératoire, d'une image de calcul, une fois associée à des pressions de passage élevées.

II - L'ETIOLOGIE :

1°- Dans quatre cas, il s'est agi de calculs oubliés :

- ayant succédé à un abord cholédocien pour lithiase de la voie biliaire principale n'ayant pas à tort, comporté de décollement duodéno-pancréatique, mais suivis de R.M.B. de contrôle normale quant aux pressions et faussement rassurante et difficilement interprétable quant aux images (obs.1-4-5)

Parmi ces 3 cas, l'opérateur relate une fois la perception d'un contact à l'exploration instrumentale, sans que l'on puisse ramener

de calcul (obs. 1) contact motivant une dilatation de l'Oddi suivie de R.M.B. normale.

- 1 ayant succédé à une cholécystectomie pour cholécystite aigüe avec R.M.B. per opératoire douteuse, mais où l'exploration par voie cholédocienne suivie de dilatation du sphincter avec duodénotomie ne retrouva aucun calcul et fit penser à tort à son passage dans le duodénum.

2°- Dans un cas il s'est agi de calculs méconnus (obs.2)

Reintervention pour lithiasse du cholédoque après cholécystectomie faite 5 ans auparavant et où l'opérateur après extraction d'un calcul s'est contenté de faire une sphinctérotomie sans R.M.B. de contrôle, laquelle lui aurait permis de reconnaître que ce qu'il avait pris pour un cholédoque dilaté, n'était en fait, qu'un volumineux moignon vésiculaire.

TRAITEMENT

I - NOTRE ATTITUDE A ETE CHIRURGICALE : dans 5 cas

1°- 4 fois, la réintervention a permis l'extraction du calcul révélé par la R.M.B.

- 2 fois par cholédocotomie simple (obs.1.2)

- 2 fois après duodénotomie et sphinctérotomie (obs.3.4)

2°- 1 fois, malgré duodénotomie et sphinctérotomie, aucun calcul n'est retrouvé (obs.5)

II - CETTE ATTITUDE CHIRURGICALE D'EMBLEE DOIT ETRE, EN FAIT PLUS NUANCEE :

== Comme le soulignent HEFF et OLIVIER, toutes les lithiases résiduelles ne doivent pas nécessiter une réintervention systématique, notamment les lithiases reconnues précocement avec drain de Kehr encore en place.

== OLIVIER et LOLMEDE ont remis récemment à l'honneur la méthode de PRIBRAM, en rapportant 5 succès sur 6 cas où ils l'avaient tentée, et en insistant sur certains points dont la méconnaissance ou l'oubli sont responsables des échecs observés et du demi discrédit de la méthode, tout au moins en France.

- nécessité première de la perméabilité du sphincter d'ODDI

- suppression des effets désagréables ressentis par le malade lors de l'injection (à peine atténués par la novocaïne) par l'emploi du drain de BEST à double courant, supprimant l'hypertension douloureuse.

- nécessité de continuer les injections très longtemps, souvent au delà du 2ème ou 3ème mois.

== D'autres auteurs HIVET et RICCHARME ont rapporté récemment 5 cas de succès par perfusion dans le drain de Kehr d'une perfusion d'antispasmodiques :

- perfusion lente de sérum physiologique (1000 ml contenant 40 cm³ de novocaïne à 1%) en légère hyperpression

- associée à des antispasmodiques Oddiens.

== En cas d'échec ou d'impossibilité de la méthode, l'intervention est bien entendu indiquée.

RESULTATS

Les 4 cas où le calcul a été retrouvé, ont guéri, de même que celui où l'intervention s'est avérée blanche par migration spontanée du calcul.

CONCLUSIONS - DEDUCTIONS

- la R.M.B. per opératoire ne doit pas être mise en cause dans l'étude de ces 5 cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale, mais plutôt la qualité des clichés.

- Le décollement duodéno-pancréatique de Kocher est une manoeuvre qui doit toujours être associée à toute cholédoctomie, elle seule permet d'explorer valablement le bas cholédoque.

- La sphinctérotomie et, à fortiori, la dilatation du sphincter, ne mettent à l'abri de tels accidents (HENRI et SARLES relèvent 2 calculs oubliés après sphinctérotomie pour lithiase)

- L'exploration instrumentale peut être parfaitement négative et les pressions de passage normales, en cas de calculs diverticulaires juxta vateriens.

- Enfin, une ultime cholangiographie pré opératoire faite sur table d'opération avant l'anesthésie peut, comme le propose HEPP : "éviter une opération itérative inutile du fait du départ à bas bruit d'une concretion".

OBSERVATIONS DES CALCULS RESTANTS

=====

OBSERVATION n°1 :

Mme OZV... Renée 53 ans

Opérée le 4 février 1959 pour lithiasse du cholédoque

C.R.O. (Dr V)

- cholécystectomie antérograde après ligature du cystique
- ablation des calculs cholédociens par cholédocomie
- perception d'un contact à l'exploration instrumentale qui ne ramène rien, dilatation de l'Oddi avec holangiographie normale
- fermeture sur drain de Kehr et drainage sous-hépatique

Suites normales :

- calcul restant du bas cholédoque découvert à la R.M.B. de contrôle le 15ème jour

Reintervention au 19ème jour le 23 février 1959 pour :

CALCUL RESTANT.

- on arrive à extraire par cholédocotomie le calcul qui est déenchatonné
- exploration complète de la voie biliaire
- fermeture sur drainage de Kehr R.M.B. normale

Suites :

- normales : ablation du drainage cholédocien au 12ème jour, après nouvelle R.M.B.
- Guérison

OBSERVATION n°2 :

Mme FLA.... Alice 71 ans

Opérée le 30 août 1965 pour calcul restant du cholédoque 5 ans après une cholécystite aigüe.

C.R.O.

- abord difficile du cholédoque
- cholédocotomie permettant l'extraction d'un calcul
- vérification du bas cholédoque par duodénotomie, sphinctérotomie
- mise en place d'un drain de Kehr, pas de R.M.B.

Suites :

- volumineux calcul restant haut situé, découvert à la R.M.B. de contrôle au 17ème jour.

Réintervention au 23ème jour, le 22 septembre 1965 pour calcul restant.

- guidé par le drain de Kehr, abord de ce que l'on a pris pour un cholédoque dilaté
- sa dissection circulaire en vue d'une anastomose bilio-digestive révèle qu'il s'agit en fait d'un volumineux moignon vésiculaire : oetomie
- le guide du cystique permet l'abord de la voie biliaire beaucoup plus profonde
- cholédocotomie, ablation du calcul
- drainage de Kehr, R.M.B. normale

Suites simples :

- Guérison

OBSERVATION n°3 :

Mme BES... Antoinette 60 ans

Opérée le 3 mai 1965 pour cholécystite aigüe

C.R.O. (Dr D)

- è énorme vésicule enfouie sous les adhérences, importante pédiculite
- cholécystectomie difficile, la R.M.B. fait suspecter un gros calcul du bas choledoque
- cholédocotomie avec duodénotomie suivie de dilatation du sphincter.
- On ne retrouve pas de calcul (passage dans le duodénum)
- drainage de Kehr.

Suites faciles :

- le drainage de Kehr donne plus de 600 cm3 par 24 heures.
- pas de douleur au clampage, pas d'ictère
- calcul restant à la R.M.B. de contrôle au 15ème jour avec cholédoque dilaté.

Réintervention le 21 mai 1965, au 21ème jour, pour calcul restant.

- après tentative infructueuse par cholédocotomie, extraction du calcul par duodénotomie et sphinctérotomie sur tire-papille
- nouveau drain de Kehr

Suites simples :

- ablation du drain de Kehr au 12ème jour après nouvelle R.M.B.
- guérison

OBSERVATION n°4 :

Mr BAR... Marius 77 ans

Opéré le 14 septembre 1964 pour lithiase du cholédoque anictérique (empièrement).

C.R.C. (Dr D)

- présence de quatre gros calculs dans le canal hépatique
- ablation par hépaticotomie sans décollement duodéno-pancréatique
- R.M.B. normale, lavage au sérum, fermeture sur Kehr après cholécystectomie.

Suites :

- apyrétiques et indolores, le drainage donne entre 400 et 500 cm³ de bile par jour
- calcul restant, découvert le 15ème jour à la R.M.B. de contrôle.

Réintervention le 2 octobre 1964 le 17ème jour, pour calcul restant du bas cholédoque

- abord relativement facile à l'hépatotomie grâce au drain de Kehr
- ablation du calcul enclavé après décollement duodéno-pancréatique duodénotomie et sphinctérotomie
- R.M.B. : excellents passages, pas d'image anormale.

Suites normales :

- ablation du drain au 15ème jour après nouvelle R.M.B.
- guérison, sortant au 32ème jour.

OBSERVATION n°5 :

Opérée le 1er février 1964, pour lithiase du cholédoque anictérique

C.R.O. (Dr B)

- la R.M.B. montre des pressions de passage normales, mais une image calculeuse du bas cholédoque
- extraction des calculs par cholédocotomie terminée par drainage de Kehr, R.M.B. normale
- cholécystectomie rétrograde.

Suites :

- tout à fait normales
- au 15ème jour à la R.M.B. de contrôle, pressions de passage élevées, image suspecte du cholédoque

Réintervention au 17ème jour, le 18 février 1964 pour calcul restant.

- décollement duodéno-pancréatique
- après duodénotomie, sphinctérotomie large aucun calcul n'est perceptible
- nouveau drainage de Kehr.

Suites :

- ablation du Kehr au 17ème jour
- guérison.

CONCLUSIONS

=====

FREQUENCE - GRAVITE DES REINTERVENTIONS

== En 11 ans, de 1956 à 1967 inclus, il a été pratiqué dans la clinique de notre maître le Dr VIALLE, 11.293 interventions de chirurgie intra-péritonéale.

130 malades ont du être réopérés pour une complication abdominale, soit dans une proportion de 1,1% avec une mortalité de 23%. Ces chiffres, relativement faibles par rapport aux autres statistiques, doivent être "normalisés" par l'exclusion des interventions mineures, notamment les appendicites, ramenant alors les proportions à 3,8% de réinterventions et 29% de décès.

== Les complications ayant nécessité une réintervention se répartissent, par ordre de fréquence décroissante, comme suit :

- 28 occlusions	21%
- 27 abcès sous mésocoliques	20%
- 19 hémorragies	14,6%
- 18 éviscérations	13,8%
- 15 péritonites	11,5%
- 9 abcès sus mésocoliques	6,9%
- 6 fistules digestives	4,6%
- 5 calculs restants	} 6%
- 2 oedèmes de la bouche après Polya	
- 1 sténose urétérale	

== La mortalité en fonction de la complication s'établissant comme suit :

- 46% dans les péritonites
- 32% dans les fistules
- 27% dans les éviscérations

- 26% dans les hémorragies
- 25% dans les occlusions
- 22% dans les abcès sous phréniques
- 7,4% dans les abcès sous mésocoliques
- 0% pour le groupe :
 - calculs restants
 - sténose urétérale
 - œdème post Polya

== On retrouve donc la place prédominante occupée par les occlusions, les abcès, les fistules et les péritonites, dont l'association est souvent la règle et qui, groupés, représentent 64% des complications.

== Quant à la mortalité, elle est particulièrement élevée dans les péritonites généralisées et les fistules par lâchage de suture.

FACTEURS ETIOLOGIQUES: responsables du déclenchement des complications et à l'origine des réinterventions.

I - LA RESPONSABILITE DE L'INTERVENTION INITIALE dans le déterminisme de ces complications apparaît comme un des facteurs capitaux; que ce soit à l'étape du diagnostic, de l'indication ou de la technique chirurgicale. Ainsi nous relevons, sur 130 réinterventions :

1°- 4 erreurs diagnostiques, où l'intervention première a laissé continuer ou s'aggraver le processus pathologique initial

- perforation d'une cholécystite gangréneuse faisant suite à une intervention pour hernie étranglée épiphénomène de la cholécystite.

- perforation d'un cancer du coecum non diagnostiqué, lors d'une intervention pour péritonie.

- nécrose d'un infarctus du grêle non diagnostiqué, lors d'une appendicectomie.

- épiploïte nécrosante méconnue, lors d'une appendicectomie.

2°- 5 erreurs quant à l'indication :

- recoupe avec anastomose immédiate d'une fistule colique
- colotomie exploratrice d'une sigmoïdite en subocclusion, sans colostomie d'amont.
- colectomie gauche idéale pour cancer abcdé du 1/3 gauche du transverse.
- 2 nécroses secondaires après réintégration d'anses douteuses.

3° - 18 erreurs de techniques :

- 4 fautes d'hémostase : lâchage de pédicule
- 3 fautes de péritonisation : incarceration d'anse
- 5 défauts d'exposition et d'exploration : calculs restants
- 3 incidents liés au drainage :
 - . 1 blessure artérielle par drain métallique
 - . 1 aspiration d'anse grêle à travers la péritonisation, due à un drainage aspiratif à trop forte pression
 - . 1 torsion de drain de Kehr à l'origine d'un cholépéritoine.
- 2 imperfections techniques lors de la confection d'une colostomie gauche à l'origine de 2 occlusions.
- 1 embrochage d'anse grêle, lors d'une fermeture de paroi, responsable d'une fistule du grêle

4°- 8 fautes de réanimation post opératoire inadaptee ou insuffisante ou trop tardive :

- 1 traitement anti coagulant massif à l'origine d'un hémopéritoine
- 2 fibrinolyse aigües traitées tardivement lors de la réintervention
- 5 réanimations insuffisantes n'ayant pu éviter 5 iléus post opératoires prolongés.

Soit au total 35 cas (27%) où l'intervention initiale est directement responsable de la complication.

II - LES CONDITIONS LOCALES DEFECTUEUSES semblent être le 2ème facteur dominant dans la genèse de ces complications post opératoires.

1°- la septicité de l'intervention initiale semble responsable, ou tout au moins à rapprocher de l'apparition de :

- 23 abcès iliaques et pelviens sur 27
- 7 péritonites plastiques et adhésives sur 8
- 8 éviscérations sur 18

2°- Enfin, les difficultés techniques dues aux mauvaises conditions anatomiques, semblent responsables d'un grand nombre de complications.

BILAN GENERAL DES REINTERVENTIONS

I - LA REINTERVENTION A ETE PLEINEMENT EFFICACE jugulant la complication en une fois, sans mortalité dans 79 cas sur 130; soit dans une proportion de 60%.

II - LA REINTERVENTION A MAITRISE LA COMPLICATION pour laquelle elle était indiquée, mais n'a pas empêché le décès plus ou moins tardif de l'opéré (décès qui n'est pas inscrit à son passif), dans 6 cas; soit 4,6%.

III - LA REINTERVENTION A ETE ABUSIVE, inutile ou ne retrouvant pas la complication suspectée, dans 10 cas; soit 7,7% avec 5 décès.

- 5 occlusions fonctionnelles : 2 décès
- 2 fibrinolyse aigües : 2 décès
- 2 oedèmes de la bouche d'anastomose, après gastrectomie selon Polya
- 1 hémorragie digestive, après gastrectomie pour gastrite hémorragique
- 1 hémorragie digestive avec splénectomie pour ictère hémolytique : 1 décès.

Aucun de ces 5 décès ne semble imputable à la réintervention.

IV - LA REINTERVENTION A ETE INEFFICACE tout au moins d'emblée.

1°- laissant évoluer la complication pour laquelle elle était indiquée : dans 22 cas sur 130, soit dans 16,8% des cas.

- 3 occlusions
- 2 hémorragies
- 4 fistules digestives
- 2 abcès sous phréniques
- 2 éviscérations
- 4 péritonites
- 5 abcès

Sur ces 22 malades, 15 sont décédés, malgré les réinterventions itératives pratiquées chez 18 d'entre eux.

2°- laissant paraître une nouvelle complication dans 11 cas sur 130, soit 8,4%

- 2 occlusions
- 1 hémorragie
- 1 fistule
- 1 éviscération
- 5 péritonites
- 1 abcès sous mésocolique

Sur ces 11 malades qui ont nécessité également des réinterventions itératives pour l'apparition d'une complication nouvelle, 4 sont décédés.

REINTERVENTIONS MULTIPLES

== Ce dernier groupe des réinterventions inefficaces a donné lieu à 27 reprises itératives, ce qui fait que le nombre global des réinterventions chez nos 130 malades a été de 157.

== On note que le pronostic de ces réinterventions itératives est franchement mauvais, puisque sur les 22 malades ayant nécessité plus d'une réintervention, 11 sont décédés, soit 50%; alors que la mortalité de ceux ayant nécessité une seule réintervention de 18%.

DEDUCTIONS PRATIQUES

1° - DIAGNOSTIQUES

a) l'indication à la réintervention doit être le plus souvent portée grâce à une surveillance attentive de l'opéré par le chirurgien qui doit :

- accorder de la valeur à un certain nombre de signes impératifs :
 - . agitation en faveur d'une péritonite, notamment biliaire
 - . collapsus cardiovasculaire, signant le plus souvent une hémorragie
 - . douleur abdominale paroxystique d'une occlusion mécanique
 - . modification ou absence des bruits intestinaux à l'auscultation abdominale
- examiner systématiquement, devant toute fièvre inexplicée :
 - . la cicatrice abdominale
 - . le cul de sac de Douglas, à la recherche d'une collection

b) l'indication peut être difficile à porter dans un certain nombre de cas, parce que les signes précédents sont absents ou discrets.

- c'est là que l'expérience et la conscience chirurgicales doivent permettre de recenser les difficultés survenues lors de l'intervention première et d'interpréter les plus petits incidents qui ont émaillé les suites opératoires.

- et finalement, malgré la gravité des réinterventions, réintervenir dès que l'on se pose la question, sans laisser passer l'heure; l'abstention semblant ici plus néfaste que l'action.

2°- THERAPEUTIQUES :

- connaissant la gravité particulière des réinterventions itératives, il convient d'envisager la réintervention dans le même esprit que la chirurgie de "première main".

- " la prudence consistant à tout faire d'emblée et complètement en n'ayant pour seul frein que l'appréciation aussi exacte que possible de la résistance de l'opéré" CHAMPEAU.

- cette chirurgie complète ne peut être pratiquée que par une large voie d'abord et après exploration complète de la cavité abdominale.

3°- PROPHYLACTIQUES :

La qualité de l'acte chirurgical, la précision de l'indication et du diagnostic, restent la meilleure prophylaxie des complications post opératoires, ce qui se traduit par la nécessité :

- d'assurer à tout prix une hémostase aussi parfaite que possible, ni les drains ni les mèches ne permettant de s'en dispenser.

-- d'apporter un soin tout particulier à la péritonisation qui doit être complète et solide

- de se souvenir de la susceptibilité des sutures coliques en milieu infecté

- de choisir le trajet le plus court et le plus direct si l'on doit drainer.

BIBLIOGRAPHIE

=====

1 - BARRAYA L.

Les réinterventions en chirurgie abdominale

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mars 1964

90 p. 310-311

2 - BARRAYA L. - NDJAGA MBA

Le drainage en chirurgie abdominal

ENCYCLOPELIE MEDICO CHIRURGICALE

Technique 1965 1 40.075

3 - BEAU A. - LISURE ET PREVOT J.

Réflexions sur la conduite à tenir en présence des occlusions
post appendiculaires précoces chez l'enfant.

ARCHIVES FRANCAISES DE PEDIATRIE 1959

16 p.285-287

4 - BLONDIN S.

Conclusions sur la discussion et en particulier les résultats
éloignés de l'opération de NOBLE.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Juin 1956

82 p.608

5 - BOMPART H.

A propos des occlusions post opératoires précoces

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mai 1951

77 n°16-17 p.525-526

6 - BOQUET F.

Réinterventions précoces en chirurgie abdominale

Thèse Paris 1966

7 - CALVET J.P. - SETBON J. - DEBURGE J.P.

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mai 1964

90 p.436-442

8 - CHAMPEAU M.

Réinterventions précoces en chirurgie abdominale

ACADEMIE DE CHIRURGIE Juillet 1964

90 p.659-661

9 - CHEVRIER J.L. - DESPRETZ J. - BANZET F.

Fistules post opératoires de l'intestin grêle

ACADEMIE DE CHIRURGIE Février 1958

94 p.160

10 - CLAUDE A. et RICHARD

La plicature mésentérique - Nouveau traitement des occlusions récidivantes du grêle.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1961

87 p.256

11 - DELANNOY

Réinterventions précoces en chirurgie abdominale : débat au congrès de l'association française de chirurgie

1962

12 - DESARMENIEN J.

Blessures de l'uretère dans la chirurgie pelvienne.

JOURNAL DE CHIRURGIE Novembre 1963

86 p.443

13 - DESJACQUES R.

Les occlusions aiguës post opératoires précoces de l'intestin grêle - Occlusions post opératoires du 1er mois

ANNALES DE CHIRURGIE 1958

12 p.295-303

14 - DESJACQUES R.

Etude pathogénique des péritonites après appendicectomie à froid
ACADEMIE DE CHIRURGIE 1961
87 p.851

15 - DIANE C.

Réinterventions précoces en chirurgie abdominale
Thèse Paris 1964

16 - EDELMANN G. - BOUTELIER Ph. - BRENOT J.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale
ACADEMIE DE CHIRURGIE Octobre 1964
90 p.773-781

17 - FAVRE P. - COUVFLAIRE M.

Traitement des lésions opératoires récentes de l'uretère.
62ème CONGRES FRANCAIS de CHIRURGIE 1960

18 - FELLUS P. - SETBON C.

Essai thérapeutique contre la rétention post opératoire des
gaz intestinaux.
ACADEMIE DE CHIRURGIE Octobre 1961
87 p.741-746

19 - GERMAIN A. - COURTOIS - SUFFIT M. - DIANE C.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
ACADEMIE DE CHIRURGIE Mars 1964
90 p.271-290

20 - GERMAIN A.

A propos de la réintervention précoce en chirurgie abdominale
clôture de la discussion.
ACADEMIE DE CHIRURGIE Janvier 1965
91 p.71-77

21 - GERMAIN A.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.

REVUE DU PRATICIEN Septembre 1964

14 n°24 p.2997-3007

22 - GUENIN P. et LEVY-LEMAN S.

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale

ACADEMIE DE CHIRURGIE Novembre 1964

90 p.840-845

23 - GOINARD P. - PEGULLO J. - PELISSIER G.

Sur le drainage en chirurgie abdominale. Techniques et indications actuelles.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Novembre 1959

p.743

24 - GUIVARC'H - MARQUANT - MOUCHET

Abcès et collections sous phréniques à propos de 59 observations.

JOURNAL DE CHIRURGIE 1966

91 p.333

25 - HEPP J. et VILAIN R.

Pathogénie, prophylaxie et traitement de l'éviscération.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1965

91 p.374

26 - HEPP J. - MERCADIER - MOREAUX

Réflexions à propos de 100 cas de lithiase dite "résiduelle" de la voie biliaire principale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Avril 1964

90 p.335

27 - HIVET et RICHARME

Lithiase restante du cholédoque.

ANNALES DE CHIRURGIE 1966

Volume 20 n°19-20 p.1077

28 - IMPERATI L. - CAGETTI M.

Traitement chirurgical du cancer du colon gauche et du rectum.
JOURNAL DE CHIRURGIE 1966
92 p.155-166

29 - JACQUES M. - BRENIER L.

A propos du drainage des appendicites aiguës graves.
ACADEMIE DE CHIRURGIE Avril 1964
90 p.682

30 - JOYEUX

Le problème thérapeutique dans les occlusions post opératoires précoces.
ACADEMIE DE CHIRURGIE Mai 1951
77 p. 485-490

31 - KOSKAS R.

A propos des calculs diverticulaires juxta vatriens.
ACADEMIE DE CHIRURGIE 1957
n°12-13 p.357

32 - LAFARGUES P. - GAUSSEN A. - LAFARGUE H.

A propos des réinterventions précoces en chirurgie gastro intestinale.
ARCHIVE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Septembre 1963
42 n°9-10 p.1163-1169

33 - LAGROT F. - LAVERGNE E.

Gastrostomie temporaire en chirurgie abdominale.
ANNALES DE CHIRURGIE 1961

34 - LEGRAIN M.

Réanimation dans les syndromes occlusifs post opératoires.
CAHIERS D'ANESTHESIOLOGIE 1958 Septembre
6 p.41-51

35 - LENOEL J. - STEPHANI R.

A propos de la prévention des accidents secondaires de l'appendicectomie à froid.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mars 1965

91 p. 357

36 - LOLMEDE

A propos de la méthode de PRIBRAM.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mai 1965

p.430

37 - LOYGUE J.

Le rétablissement immédiat de la continuité intestinale après résection du colon gauche.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1957

83 n°25-26 p.787-793

38 - LOWDON

Réintervention d'urgence en chirurgie abdominale.

JOUR. ROY. COLL. SURG.

EDINBURG. Juillet 1959

P.291

39 - MICHAUD B. - GUENIN P.

11 observations de fistules digestives externes post opératoires : considérations sur les possibilités thérapeutiques modernes.

JOURNAL DE CHIRURGIE Mars 1964

93 n°3 p. 331

40 - MONOD BROCA Ph. - TESTAS P. - HIRSCH M.

Le drainage des appendicites aiguës graves.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Avril 1964

90 p.412-419

MONOD BROCA Ph.

Traitement des appendicites aiguës graves.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Octobre 1964

90 p.682-683

MONOD BROCA Ph. - TESTAS P. - PAJOT A.

A propos de 38 réinterventions précoces en chirurgie abdominale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Avril 1964

90 p.379-383

41 - MONOD BROCA Ph.

Les appendicite aiguës graves à propos de 82 observations.

REVUE DU PRATICIEN Février 1958

8 n°4

MONOD BROCA Ph.

Les indications de réinterventions précoces en chirurgie abdominale.

ANNALES DE CHIRURGIE, supplément de la semaine des hôpitaux de
Paris. Août - Septembre 1967

21 n°15 p.16-18

42 - OLIVIER C. - MAHE F. - SIBERT - RETTORI R.

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale. Etudes
préliminaires.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Mars 1964

90 p.302-309

OLIVIER C. - ARVAY N.

Les occlusions post opératoires précoces des réinterventions
abdominales.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Février 1964

80 p.248-251

43 - PAJOT A.

Contribution à l'étude des réinterventions précoces en chirurgie
abdominale, à propos de 42 interventions.

Thèse Paris 1963

44 - PELLERIN

Syndrome péritonéal du 5ème jour après appendicectomie à froid
chez l'enfant.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1961

87 p.518-526

45 - PERROTIN J. - SAOUT P.

Sur la réintervention précoce en chirurgie abdominale en milieu hospitalier.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Novembre 1964

90 p.799-804

46 - POILLEUX - LARRIEU H. - PLUREMRAULT J.

Les problèmes des réinterventions en chirurgie abdominale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Juin 1964

90 p.580-588

47 - QUENU

Opérations sur les pavois de l'abdomen et le tube digestif

MASSON 1967

48 - RENE L. - BLONDEAU Ph. - ROYCAMILLE M.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Novembre 1964

90 p.845-846

49 - ROCCO A.G. - VANDAM L.D.

Les troubles circulatoires dus à la manipulation dans les opérations abdominales.

J.A.M.A. Mai 1957

164 n°1 p.14-18

50 - ROUVILLOIS Ch.

Limites et inconvénients des antibiotiques en chirurgie.

63ème CONGRES DE CHIRURGIE

25-30 Septembre 1961

51 - ROUX M.

Irrigation continue d'acide lactique dans les fistules duodénales post opératoires.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1960

p.870

52 - ROY B.

A propos du drainage des appendicites aiguës.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Avril 1964

90 p.514

53 - ROY B.

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Octobre 1964

90 p.781-785

54 - THOMERET G.

Hernie étranglée de la totalité de l'intestin grêle par la fente rétro anastomotique, dans les suites immédiates d'une gastrectomie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE 1956

82 p.596

55 - THOMERET G. - DEBESSE B.

A propos de la réintervention précoce en chirurgie abdominale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE Octobre 1964

90 p.743

56 - TREMOLIERES J.

Traitement médical des fistules digestives externes.

JOURNAL DE CHIRURGIE 1965

90 n°5 p.473

57 - TREMOLIERES J. - APPELBAUM

Traitement des fistules digestives externes.

JOURNEES DE REANIMATION MEDICO CHIRURGICALES

NANCY 24-25 Avril 1964

58 - VANDOOREN M.

La double intubation digestive visée d'aspiration et de nutrition sur les segments digestifs étalés.

REVUE MEDICALE DE TOURS Février 1962

n°22

59 - VANCLIN

Discussion sur l'origine et la prévention des accidents péritonéaux de l'appendicectomie à froid.

ACADEMIE LE CHIRURGIE 1961

87 p.880

60 - YOVANOWITCH B.Y. et COLL.

Les occlusions intestinales post opératoires.

JOURNAL DE CHIRURGIE Octobre 1961

82 p.311

VU, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

G. BROUET

VU, le Président de Thèse

J.L. LORTAT-JACOB

VU et PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

